

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Travail de la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu)
(Professeur HARTMANN)

ÉTUDE DES SUITES ÉLOIGNÉES

DE LA

Cholécystectomie pour Cholécystite

D'APRÈS 100 OPÉRÉS REVUS

PAR

DANIEL PETIT-DUTAILLIS

Ex-Interne, Prosecteur des Hôpitaux

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

184

132

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

137

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Travail de la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu)
(Professeur HARTMANN)

ÉTUDE DES SUITES ÉLOIGNÉES

DE LA

Cholécystectomie pour Cholécystite

D'APRÈS 100 OPÉRÉS REVUS

PAR

DANIEL PETIT-DUTAILLIS

Ex-Interne, Prosecteur des Hôpitaux

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1922



Faculté de Médecine de Paris

DOYEN	M. ROGER
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	RENON
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	LEON BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale.....	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
	X.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	JEANSELME
Clinique des maladies des enfants.....	PIERRE MARIE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	TEISSIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DELBET
Clinique des maladies du système nerveux.....	LEJARS
Clinique des maladies contagieuses.....	HARTMANN
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BAR
Clinique d'accouchement.....	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.....	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERIEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GULLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMARET	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. WALTHER (1909-1910)

M. LE DOCTEUR A. BAUMGARTNER

M. LE DOCTEUR LE GENDRE (1910-1911)

INTERNAT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. LENORMANT

(1913-1914)

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET (1914 et 1919-1920)

M. LE PROFESSEUR F. LEGUEU (1920-1921)

M. LE PROFESSEUR H. HARTMANN (1921-1922)

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

E. DESMARETS, OKINCZYK, ROUVIÈRE

A MM. LES DOCTEURS JEAN BERGER, CADENAT

CHIRURGIENS DES HOPITAUX

A MM. LES DOCTEURS PAPIN ET VERLIAC

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU

DIRECTEUR DE L'AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR CHEVRIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROUSSAIS

A MES MAITRES DE L'INSTITUT PASTEUR DE LILLE

M. LE PROFESSEUR A. CALMETTE

M. LE DOCTEUR GRYSEZ

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

En matière de chirurgie biliaire, les divers procédés opératoires sont en général bien décrits, les résultats opératoires immédiats sont connus ; des statistiques nombreuses ont été publiées et permettent de se faire une idée exacte de leur bénignité. On est au contraire beaucoup moins documenté sur les résultats éloignés.

Les malades opératoirement guéris, sont-ils bien réellement guéris ? Obtient-on de simples succès opératoires ou doit-on espérer de véritables guérisons ? En un mot que deviennent dans l'avenir les opérés ? Quelle est exactement la valeur thérapeutique de ces interventions ? Telle est bien la question qui se pose journellement encore pour le chirurgien ; telle est celle qui se pose plus souvent peut-être pour le médecin qui hésite parfois à conseiller le traitement chirurgical à certains malades auxquels sa thérapeutique, sans être inopérante, est pourtant incapable d'apporter la guérison.

La pratique de la cholécystectomie est assez ancienne pour qu'il soit possible de revoir aujourd'hui des malades opérés depuis un temps suffisamment long ; on peut donc juger le bénéfice réel qu'ils ont tiré de l'intervention. Très peu d'observations suivies ont été publiées en France ; par contre on trouve à l'étranger, en particulier dans

certaines travaux allemands ou américains, des statistiques assez nombreuses et parfois imposantes. Mais il faut reconnaître que si ces statistiques sont imposantes par le nombre de cas publiés (par centaines, voire par milliers !) elles ne fournissent cependant que des renseignements encore bien imparfaits sur l'avenir exact des malades. Presque toujours, en effet, les auteurs se contentent de publier les statistiques globales de leurs opérations sur les voies biliaires, sans distinguer la valeur des résultats suivant les différents types d'opération pratiqués. Quand ils se limitent à la vésicule, il est rare qu'ils distinguent les résultats de la cholécystectomie de ceux de la cholécystostomie, ce qui est pourtant d'importance. Ces travaux reposent pour la plupart sur des bases peu solides ; trop souvent le lecteur doit faire confiance à l'auteur pour l'interprétation des symptômes. On se contente en général d'établir le degré de fréquence des accidents graves (adhérences serrées, retours de lithiase) dans les suites éloignées des interventions ; quant aux malades qui se plaignent encore de troubles légers, tout en les comptant le plus souvent au nombre des guérisons, on se borne à les classer en deux catégories : les nerveux, les ptosiques.

Il nous a donc paru intéressant d'aborder cette question mal connue. Nous nous limiterons à l'étude *des résultats éloignés de la cholécystectomie simple, en l'absence de toute intervention sur la voie principale*. Il nous fallait, pour nous former une opinion, pouvoir tabler sur un nombre de faits suffisants. C'est sur l'étude de cent opérés suivis pendant une période variant de un an à dix-neuf ans et demi que ce travail est basé. Ces cents malades ont

été opérés dans le service de notre maître M. le Professeur HARTMANN, tous par conséquent suivant les mêmes règles, suivant les mêmes principes de technique. Ils constituent bien une statistique intégrale appartenant au même chirurgien.

Mais les théories pathogéniques ont, de tout temps, trop dominé la question de la thérapeutique de la lithiase biliaire, de son traitement chirurgical en particulier, pour que nous puissions en faire abstraction dans cette étude. La théorie infectieuse et la théorie diathésique se sont tour à tour disputées la place prépondérante dans cette pathogénie. Dès son avènement, la théorie infectieuse, avec les travaux de M. le Professeur Gilbert et de ses collaborateurs, avec les expériences de Mignot, a donné au chirurgien le maximum de confiance et d'espoir en ses moyens d'action ; ce dernier semblait en droit de penser, pour ce qui est de la lithiase vésiculaire, que, par la cholécystectomie, il supprimerait pour l'avenir, chez ses opérés, tous les accidents liés à la lithiase elle-même. La théorie diathésique a de tout temps, il est vrai, tempéré cette opinion. Défendue par Bouchard et son école, un instant détrônée, cette théorie semble jouir d'une fortune nouvelle depuis que par leurs recherches M. le Professeur A. Chauffard et ses élèves sont parvenus à définir en quelque sorte cette diathèse sous la forme plus concrète de l'hypercholestérinémie. Si l'on admet cette théorie la chirurgie devient incapable de guérir jamais la lithiase car elle ne peut logiquement supprimer l'état diathésique qui a présidé à la formation des calculs. Tout son pouvoir doit se borner à mettre le malade à l'abri des complications graves. C'est bien ce qu'exprime cet

aphorisme de M. Chauffard : « La chirurgie peut guérir le malade, mais elle ne guérit pas la maladie ».

Entre ces deux conceptions extrêmes, laquelle est la vraie ? La suppression de ces vésicules infectées n'amène-t-elle donc jamais la cessation de tous les symptômes qui de près ou de loin se rattachaient à la lithiasé ? la notion de terrain est-elle si générale dans ses applications que l'on doive toujours considérer ces opérés comme à la merci d'accidents plus ou moins sérieux pour l'avenir ? Ne trouverons-nous pas, au contraire, dans l'observation des malades, des faits qui départagent les défenseurs de ces différentes théories pathogéniques ? C'est ce que nous essaierons de voir au cours de cette étude, par l'analyse méthodique et scrupuleuse de nos différents cas.

Pour juger avec rigueur des résultats de l'intervention, il résulte avec évidence de ce qui précède que l'on paraît exiger plus, actuellement, comme critérium de la guérison, que les seuls renseignements de la clinique. Il faut juger cette guérison à la lumière de certaines données biologiques. On doit s'efforcer de savoir quel est l'état fonctionnel de la cellule hépatique chez les malades opérés ; on doit constamment se demander si l'hypercholestermémie existe encore et dans les cas où elle se rencontre si sa constatation est en rapport avec les troubles accusés par les malades. C'est ce que nous avons essayé de faire dans une partie de ce travail.

Nous tenons ici à remercier profondément notre Maître, M. le Professeur HARTMANN qui a inspiré cette thèse, a bien voulu mettre à notre disposition les observations de son service et n'a cessé de nous soutenir de ses conseils.

Nous désirons adresser notre plus vif témoignage de reconnaissance à Mademoiselle Ledebt, préparateur de M. le professeur Délezenne, à l'Institut Pasteur, pour l'amabilité qu'elle nous a témoignée en se chargeant de tous nos dosages de cholestérine. Si les faits que nous rapportons à cet égard ont quelque valeur et quelque intérêt, c'est bien à elle qu'ils le doivent.

Nous remercions aussi nos amis Chabrol, médecin des Hôpitaux, et H. Bénard, chef de laboratoire à l'Hôtel-Dieu, pour les avis aussi prudents qu'utiles qu'ils nous ont parfois prodigués.

Nous sommes heureux enfin de rendre hommage au D^r Lagarenne, radiologiste-adjoint de l'Hôtel-Dieu, dont la compétence et le dévouement nous ont été si précieux pour l'examen de nos malades et l'interprétation de certains troubles.

EXPOSÉ DES ÉLÉMENTS DE CE TRAVAIL ET PLAN GÉNÉRAL D'ÉTUDE

NATURE ET ANCIENNETÉ DES LÉSIONS. — Avant d'entrer dans l'étude de nos résultats, il nous paraît utile de donner auparavant quelques précisions sur les cas envisagés, leur nature et leur proportion, de même que sur la technique employée, enfin sur les moyens dont nous nous sommes servis pour l'examen de nos opérés.

Notre travail porte sur une série de 173 malades opérés de 1902 à 1921, dans le service de M. le Professeur HARTMANN, soit par celui-ci, soit par ses assistants. De cette série de 173 malades nous avons pu en retrouver seulement cent. Certains d'entre eux ont été directement revus par M. HARTMANN, nous en avons examiné personnellement une cinquantaine. Un certain nombre de renseignements, bien qu'en petit nombre, ont été obtenus par correspondance, soit directement de la malade, soit le plus souvent de son médecin traitant (1).

(1) Une partie des résultats ayant trait aux malades opérés avant 1907 sont déjà consignés dans la thèse d'Hernette (Paris 1906-07), nous avons pu revoir quelques-uns de ces cas et donner ainsi des résultats de date très ancienne.

Les cents cas sur lesquels cette étude est basée, répondent pour quatre-vingt d'entre eux à des cholécystites calculeuses, pour les vingt autres à des cholécystites, simples, sans calculs à l'exploration. Il est possible que dans les cas que nous classons parmi les cholécystites simples il y ait eu des formes de cholécystite « strawberry » ; nous ne pouvons malheureusement le savoir, étant donné que cette lésion, encore à l'étude, est de découverte récente et qu'à l'époque où la plupart de ces opérations ont été pratiquées elle était peu ou pas connue. Mais ce que nous tenons à faire remarquer c'est que la majorité de nos cents observations a trait à des lésions en général anciennes. C'est ainsi que nous ne comptons que quelques faits de cholécystite chronique simple sans adhérences. L'ancienneté du début clinique, calculée à partir de la première crise douloureuse, était en effet assez grande chez la plupart de ces opérés : ce début datait de moins de 1 an dans 14 cas, de 1 à 3 ans dans 27 cas, de 3 à 5 ans dans 5 cas, de 5 à 10 ans dans 14 cas, de 10 à 20 ans dans 10 cas, de plus de 20 ans dans 3 autres. C'est donc à des lésions vésiculaires en général marquées, que nous avons à faire, où la péricholécystite est presque la règle.

Parmi les cholécystites calculeuses, nous trouvons 15 cas de cholécystites aiguës suppurées, nous n'en comptons que 4 parmi les formes non calculeuses.

DURÉE DES SUITES. — Le temps écoulé depuis l'opération a été pour nos différents malades, de moins de 2 ans pour 31, de 2 à 5 ans pour 34. Nous avons pu retrouver 20 malades pour lesquels l'opération datait de 5 à 10 ans ; 11

autres dont l'ancienneté atteignait 10 à 15 ans ; 3 enfin pour lesquels les interventions remontaient respectivement à 16 ans $\frac{1}{2}$, 17 ans et 19 ans $\frac{1}{2}$.

TECHNIQUE EMPLOYÉE. — L'incision, dans presque tous les cas que nous rapportons, a été une incision oblique, parallèle au rebord costal et située un peu au-dessous de lui, incision que l'on recourbait suivant les besoins, à ses extrémités, en haut vers la ligne médiane, en bas vers le côté externe du grand droit, lui donnant ainsi une forme onduleuse, un peu à la manière de Kehr. Pour quelques cas seulement, dont tous sont dus à M. Lecène, c'est l'incision transversale, type Sprengel qui a été utilisée. Il n'a été usé de tamponnement que de façon exceptionnelle (3 cas), et les mèches étaient alors retirées de très bonne heure (dès le 3^e jour). Mais toujours un drain assez gros était placé au contact du foie et le reste de l'incision suturé, soit en un plan avec des bronzes, soit en trois plans (catgut chromé sur les muscles). Ce drain était lui-même supprimé aussitôt que possible après l'opération, souvent dès le deuxième ou le troisième jour, mais parfois assez longtemps après, cette ablation tardive étant conditionnée par un suintement plus ou moins prolongé de bile ou de pus.

La cholécystectomie a été pratiquée du fond vers le col 36 fois ; la cholécystectomie rétrograde a été faite pour tous les autres cas (64). Toutes les fois que les signes cliniques ou l'état de la voie principale, de par les constatations opératoires mêmes, donnaient un doute sur la liberté de celle-ci, le cathétérisme des voies biliaires était pratiqué par le moignon du cystique.

L'opération a été exécutée secondairement à une cholécystotomie chez 4 malades qui tous avaient gardé une fistule muqueuse à la suite de cette dernière intervention.

A la cholécystectomie on a ajouté simultanément l'ablation de l'appendice six fois, une fois l'extirpation d'un adénome hépatique ; chez une malade enfin, le cholécystectomie n'a été qu'une intervention complémentaire au cours de la résection partielle et de la marsupialisation d'un kyste hydatique du foie.

MOYENS D'ÉTUDE. — Comme nous le disions dans notre introduction, nous ne nous sommes pas contenté de l'examen clinique des opérés pour apprécier les résultats de l'intervention. Toutes les fois que la chose a été possible, nous avons pratiqué l'examen radiologique de l'estomac et surtout du duodénum ou du colon ; cet examen nous a été très utile pour la localisation exacte des points douloureux décelés par la clinique.

Il nous a permis d'apprécier parfois des déformations légères du duodénum, de déceler une fixité anormale du genu supérieur ou de l'angle colique droit par rapport à l'ombre hépatique ; il nous a ainsi guidé dans l'appréciation plus exacte de l'importance des adhérences dans le déterminisme de certains troubles. Dans deux cas où les symptômes subjectifs et physiques pouvaient faire penser à une participation pancréatique, nous avons complété nos investigations par l'épreuve de Schmidt pour une malade, par l'examen du suc duodénal recueilli par tubage, selon la technique de MM. Carnot et Mauban, pour l'autre.

Mais comme il reste malgré tout très difficile de faire la

part de la nervosité dans les symptômes qu'accusent certaines de ces opérées, il était utile pour celles-là surtout de trouver un criterium qui corrobore les données de l'examen clinique ; nous avons recherché ce criterium dans l'étude fonctionnelle du foie et nous verrons qu'il y a le plus souvent une concordance frappante entre les résultats de ces recherches et les renseignements fournis par l'examen des malades. Ces recherches biologiques étaient en tout cas utiles pour juger de l'importance du facteur diathésique dans la pathogénie de certains retours douloureux.

PLAN GÉNÉRAL D'ÉTUDE. — Ce que nous nous proposons donc dans ce travail, ce n'est nullement une étude statistique sèche et aride. Ce que nous voulons, c'est préciser quelle est exactement la puissance d'action de la chirurgie dans les cholécystites quand l'infection pratiquement paraît limitée à la vésicule. Notre but est évidemment aussi de porter tout notre effort sur les suites éloignées des cholécystites lithiasiques de beaucoup les plus intéressantes. Il ne sera peut-être pas sans intérêt cependant de leur comparer les résultats éloignés des cholécystites simples.

Nous diviserons ce travail en cinq chapitres :

Dans le premier, nous ferons l'étude analytique et qualitative de nos résultats, ce qui nous conduira chemin faisant à exposer les raisons de la classification que nous adoptons. Cette étude sera faite uniquement au point de vue clinique et radiologique.

Dans le deuxième nous nous proposons tout naturellement d'en exposer la statistique.

Dans le troisième, nous envisagerons les faits du point de vue biologique.

Dans le quatrième, nous ferons un essai pathogénique des troubles et accidents tardifs consécutifs à l'opération.

Dans le cinquième, enfin, nous aurons à nous prononcer quant aux modes de traitement préventif et curatif qu'il y a lieu d'instituer chez les malades qu'atteignent ou que menacent encore des accidents. En particulier, nous aurons à voir si parfois la question peut se poser d'une nouvelle intervention et en quoi peut consister celle-ci suivant les cas.

CHAPITRE I

ETUDE ANALYTIQUE

Nous nous proposons dans ce chapitre d'exposer les bases mêmes de notre classification en justifiant chacune de nos catégories par la description des différents genres de malades qui leur correspondent. Nous prendrons pour types de description les résultats des cholécystites lithiasiques. Nous établirons ensuite un parallèle entre ces résultats et ceux des cholécystites simples.

Nous nous bornerons ici au simple exposé des faits, tels que nous les avons observés, ne tenant compte que des éléments cliniques ou radiologiques qui nous paraissent nets et évitant pour l'instant toute tentative d'interprétation pathogénique.

Nous croyons cette façon de procéder plus scientifique que celle adoptée par la plupart des auteurs qui ont étudié déjà les suites éloignées des opérations sur les voies biliaires. De tous les travaux que nous ayons lus sur cette question, le mémoire de Graff et Weinert (1) est le seul peut-être

(1) GRAFF et WEINERT — Warum bleiben nach extirpation der Gallenblase so häufige Beschwerden zurück ? (*Beit. Zur Klin. Chir. Tübing.*, 1914, 339-358).

où les auteurs donnent avec quelque clarté les raisons du classement adopté pour leur statistique. Encore l'examen de leurs malades paraît-il bien incomplet et bien superficiel.

A). Résultats des cholécystites Lithiasiques.

Nous envisagerons successivement le groupe des malades décédés depuis l'opération, celui des malades entièrement soulagés, celui des opérés se plaignant de troubles sans rapport avec la région opératoire. Nous passerons alors à l'étude des symptômes que l'on peut rattacher logiquement aux suites mêmes de l'opération. Nous nous sommes placés dans le classement de ceux-ci à un point de vue avant tout clinique ; c'est ainsi que nous envisageons par ordre d'importance, d'abord toute une série de troubles d'interprétation délicate, que nous dénommons « petits troubles » des cholécystectomisés, pour bien spécifier que ces symptômes n'ont en fait aucune gravité et n'empêchent pas le sujet de mener une vie quasi normale. Nous étudions ensuite les troubles graves, dans lesquels nous rangeons des faits de natures évidemment très différentes, mais qui tous ont la même portée pratique car c'est pour eux seuls que peut se poser la question d'une réintervention : nous voulons parler d'une part des troubles caractérisés par des crises de coliques hépatiques avec ictère, troubles auxquels se rattache la question des récidives et des pseudo-récidives de lithiasie ; d'autre part, de certains symptômes douloureux d'ordre surtout digestif et nettement en rapport avec des adhérences plus ou moins serrées.

1° MALADES DÉCÉDÉS DEPUIS L'OPÉRATION. — Sur nos 80 cas de cholécystites lithiasiques nous comptons 9 malades qui sont morts au bout d'un temps variant de dix mois à onze ans après l'opération (Obs. I à X). Sur les neuf, il est deux femmes qui sont mortes sans avoir été soulagées par la cholécystectomie. Chez l'une, un cancer du foie se serait déclaré cinq ans plus tard, s'il faut en croire les dires d'un médecin (obs. VIII). De l'autre nous savons seulement qu'elle est morte huit ans après l'intervention (obs. IV), avec un gros foie, un peu d'ascite, une température à 38° et du subictère. Il n'est pas impossible que pour cette opérée aussi il s'agisse d'une néoplasie du foie ou des voies biliaires. On sait en effet qu'un cancer des voies biliaires peut, bien qu'exceptionnellement, se développer chez les cholécystectomisés. Graff et Weinert (1) en particulier, en rapportent 4 cas observés dans de pareilles conditions. Peut-être pour un de nos cas y avait-il, déjà au moment de l'opération, une dégénérescence cancéreuse ayant passé inaperçue.

Nous comptons parmi nos décès tardifs une malade qui a succombé à une cholodécotomie secondaire pour calcul. Ce fait est trop spécial pour que nous nous y attachions ici, nous le retrouverons à propos des récidives de lithiasie après l'intervention.

Tous les autres malades sont morts d'affection intercurrente, sans aucun rapport avec la région opératoire, tous étaient entièrement soulagés quant à leurs troubles hépatiques. C'est ainsi que nous trouvons deux morts tardives

(1) *Loc. cit.*

par cancer de l'estomac ; le cancer existait d'ailleurs sans aucun doute lors de la cholécystectomie ainsi qu'en témoigne l'observation dans un cas. Un autre est mort d'un cancer du tube digestif mal déterminé, un autre d'une tuberculose pulmonaire, après avoir guéri dans l'intervalle d'une résection iléocœcale pour tuberculose ; les autres ont été emportés respectivement par une paralysie générale, une hémiplegie compliquée d'escarrhes, une bronchopneumonie.

Nous voyons donc que trois malades en somme sur ces neuf morts tardives ont présenté des suites défavorables quant à l'opération qui nous occupe. Aucun des autres ne s'était plus senti de la région opératoire et il est logique de les compter dans notre statistique générale parmi les cas de guérison complète ou tout au moins de les additionner à ces cas, ce que nous avons fait dans nos tableaux comparatifs.

2° LES MALADES ENTIÈREMENT SOULAGÉS (1). — Il importe là encore de bien s'entendre sur cette catégorie de malades. Nous spécifions par « entièrement » que nous entendons classer dans cette catégorie uniquement ceux qui de leur propre aveu ont retrouvé un état de santé absolument normal et n'éprouvent plus, non seulement le moindre trouble douloureux, mais encore le moindre trouble digestif. Ces malades sont vraiment pour le chirurgien un sujet de satisfaction profonde. Quelle que soit la forme de cholécystite, quels que soient le degré et la densité de la péricholécystite constatée à l'opération, alors que des adhé-

(1) Observations X à XXXVII.

rences serrées; en particulier, auraient pu faire craindre des troubles ultérieurs, alors même qu'une poussée de subictère aurait pu faire douter avant l'intervention de la vacuité de la voie principale, on voit des malades qui sont aussi complètement et aussi simplement soulagés du fait de la cholécystectomie que peuvent l'être certains opérés pour appendicite. Il semble vraiment qu'à l'instar des malades précédents, la suppression du diverticule infecté ait suffi à supprimer tous les troubles.

Ce qui est remarquable, c'est que l'on voit disparaître non seulement les crises douloureuses, mais encore les douleurs discontinues qui en marquaient l'intervalle. Il y a mieux, tous les petits troubles, que l'on décrit sous le nom de « petits signes de la lithias biliaire », ont disparu avec les douleurs : plus de ces crampes ou de ces brûlures gastriques si pénibles après les repas, disparus le météorisme post-prandial et les signes d'aérophagie, cette lenteur des digestions qu'accompagnaient de si fréquents maux de tête ; jamais plus ne surviennent ces vomissements intermittents de bile ou ces nausées du réveil, absentes aussi la diarrhée prandiale ou l'entérite glaireuse qui obligeait aux laxatifs quotidiens. Et ce n'est pas une des moindres merveilles de cette opération, que le retour à la normale des fonctions intestinales chez des malades qui, antérieurement, étaient des constipées chroniques (1).

Enfin si certaines de ces opérées s'astreignent encore par conscience ou par habitude à quelque régime, il nous a

(1) Nous ne sommes pas les premiers à constater cet effet remarquable de l'opération : Graff et Weinert rapportent que sur 124 opérés suivis après cholécystectomie 78 accusaient une disparition complète de la constipation depuis l'intervention.

été facile de constater que la plupart s'en gardent bien et n'en éprouvent aucun inconvénient.

Voilà donc toute une série de malades qui, en dépit de tous les principes en cours en matière de thérapeutique anti-lithiasique, ne se sont pas soumises au traitement médical depuis l'opération et ont cependant retrouvé, du seul fait de la cholécystectomie, une santé dont elles avaient, pour la plupart, depuis longtemps perdu le souvenir. On ne pourra pas nous objecter que ces conclusions sont trop hâtives et que ces malades sont destinés à pâtir tôt ou tard de leur folle imprévoyance. N'avons-nous pas en effet, dans cette catégorie 6 cas seulement datant de moins de 2 ans, mais, au contraire 7 autres datant de 2 à 5 ans, 9 de 5 à 10 ans, 2 de 11 ans, 1 de 14 ans après l'opération ?

L'intervention pour ces malades a donc bien rempli, cliniquement du moins, les promesses qu'on exigeait d'elle et c'est bien de ces opérées que nous pourrions dire qu'il n'en est pas de plus reconnaissantes pour le chirurgien.

3° LES MALADES SOUFFRANT DE TROUBLES ÉTRANGERS A LA RÉGION OPÉRATOIRE (obs. XXXVII à XLV). — Parmi les malades qui reviennent au médecin ou au chirurgien parce qu'elles souffrent encore, il faut tout d'abord faire la part des troubles qui n'ont aucun rapport avec la cholécystectomie. L'examen clinique et l'interrogatoire ont tôt fait, en général, de démêler la cause véritable des douleurs en pareil cas. Beaucoup de femmes qui reviennent présentent des troubles du côté du petit bassin. Un examen gynécologique fait reconnaître une annexite, un fibrome, une rétroversion adhérente insoupçonnée, responsables de ces

nouveaux ennuis. Dans d'autres cas, ce sont des troubles urinaires, c'est une appendicite méconnue, fait sur lequel nous reviendrons, parfois une tuberculose pulmonaire à retentissement digestif, une pleurésie, etc...

Mais dans cette catégorie de malades, il en est certains dont l'interprétation clinique est beaucoup plus malaisée, ce sont les ptosiques. La ptose en effet est-elle responsable de tous les troubles douloureux que peuvent présenter certains malades ? Doit-on, en d'autres termes, tout expliquer par la ptose quand on constate celle-ci ? La question ainsi posée nous paraît très discutable, car la ptose, selon nous, est assez rarement seule responsable des accidents observés chez les malades qui en sont atteintes. Sans doute, il est des cas où tous les symptômes peuvent être logiquement rapportés à cette insuffisance des tissus de soutien des organes ; ce sont ceux où le port d'une ceinture bien comprise, jointe ou non au régime, amène rapidement la suppression de tous les troubles (ex. le cas de l'obs. XCII). Mais il ne faut pas perdre de vue, d'une part, qu'à degré sensiblement égal de ptose rénale et gastro-colique, il est des malades qui souffrent et d'autres qui se déclarent entièrement soulagés, que d'autre part, certains troubles douloureux en particulier, se retrouvent avec les mêmes modalités chez les ptosiques et chez celles qui ne le sont pas. Aussi est-ce surtout d'après les caractères des douleurs qu'il importe, croyons-nous, de classer ces malades que soulage incomplètement le traitement orthopédique banal ; la ptose dans ce cas devient un élément surajouté qui, sans doute, peut intervenir pour sa part, mais n'est pas tout dans le complexe symptomatique. Aussi beaucoup de nos

ptosiques sont-elles classées parmi les petits troubles, ainsi que paraissent le justifier l'examen clinique et l'examen fonctionnel comme on le verra. Enfin il y a évidemment à tenir compte aussi chez ces malades, plus encore peut-être que chez les non ptosiques, de l'élément névropathique qui accompagne si souvent de pareils états. C'est dire si ces cas sont difficiles à classer et combien il importe d'être prudent quant à leur interprétation.

Nous n'avons pas dans nos malades de cas répondant indiscutablement à un ulcus gastrique ou duodénal secondaire, pas plus que nous ne comptons dans cette série de coexistence de ces lésions avec la cholécystite à l'opération, par contre, deux de nos opérés avaient subi un temps variable avant la cholécystectomie, une gastro-entérostomie pour ulcère.

Il est évident que, certains ptosiques mis à part, toutes les malades de cette catégorie doivent être rationnellement rattachées dans la statistique au groupe des malades qui sont entièrement soulagées de leurs troubles lithiasiques, ce qui vient encore augmenter le nombre de ces dernières.

4° LES PETITS TROUBLES DES CHOLÉCYSTECTOMISÉS. — Nous arrivons au point particulièrement délicat de cet exposé. On trouvera sans doute que nous rangeons dans le même cadre des troubles de nature et peut-être aussi d'importance assez différentes. Mais, pratiquement, comme nous le disions plus haut, tous les troubles dont il s'agit nous apparaissent après examen méticuleux de ces opérés, comme des troubles légers, très légers même, surtout si on les

compare à l'état antérieur à l'opération, ils viennent souvent atténuer les effets d'une cure qui s'annonçait au premier abord comme absolument parfaite, plus qu'ils ne la compromettent à proprement parler. On peut dire de ces malades qu'ils ne se différencient de ceux des deux catégories précédentes qu'en ce qu'ils ne sont qu'incomplètement guéris de leurs symptômes hépatiques ou digestifs. Nous ne rangerons naturellement dans ce groupe que les troubles de légère ou moyenne intensité qui sont en rapport évident avec la région opératoire, de même que ceux qui de près ou de loin paraissent avoir quelque lien avec l'état hépatique antérieur.

Dans l'étude de ces troubles, nous distinguerons deux groupes secondaires : les troubles digestifs, les troubles douloureux. Ces deux ordres de symptômes peuvent se manifester isolément ou ensemble ; ils sont susceptibles de revêtir des modalités assez variables, mais que l'on peut, tant au point de vue radiologique que clinique, classer assez facilement semble-t-il.

A) *Troubles digestifs.* (Obs. LXV à LVI). Un assez grand nombre de malades se plaignent encore exclusivement de troubles intestinaux. Assez rarement il s'agit de la simple persistance d'une constipation chronique avec entérite glaireuse. Plus souvent ce sont des troubles diarrhéiques que l'on observe ; à cet égard, tous les intermédiaires se voient entre les cas où, le malade, antérieurement constipé, voit, dès l'opération, se régulariser ses garde-robes et ceux où le malade présente de la diarrhée. Cette diarrhée, d'après le récit des opérés, est une diarrhée tantôt jaune, tantôt brun

noirâtre, mousseuse ; elle laisse après la défécation une sensation d'irritation, de cuisson anale et donne bien l'impression de diarrhée bilieuse. Elle revêt d'ailleurs souvent le caractère de diarrhée prandiale. Le plus souvent elle survient de façon continue ; tel malade qui, avant la cholécystectomie, avait des garde-robes pénibles ou anormales, a désormais trois ou quatre selles par jour sans en être d'ailleurs autrement incommodé.

Lorsque cette diarrhée doit devenir un état habituel, elle apparaît en général du 6^e au 10^e jour après l'opération, au moment précis où le malade recommence à s'alimenter. Il est exceptionnel que ce symptôme paraisse traduire un état inquiétant ; cependant chez un de nos opérés (obs. LVI), ce symptôme avait pris au début un caractère assez alarmant. Il avait eu d'emblée les allures d'une diarrhée incoercible qu'aucun médicament n'arrivait à calmer. Ce n'est que lentement et progressivement que les selles se sont espacées chez cet opéré, pour se régulariser définitivement au bout de trois mois, au taux de 5 selles par jour. Des faits de ce genre ont été signalés par certains auteurs, en particulier par Judd (1) ; mais ce dernier paraît en avoir exagéré la fréquence.

Enfin, chez d'autres, il s'agit d'une diarrhée intermittente, apparaissant à intervalles variables ; le plus souvent d'ailleurs ce trouble est alors conditionné par un écart de régime, tantôt important, tantôt léger. Il semble que chez quelques malades certains aliments le déterminent électivement et c'est ici qu'interviennent sans doute les suscep-

(1) Judd. — The recurrence of symptoms following operations on the biliary tract. (*Annals of surgery*, 1918, p. 473.)

tibilités individuelles ; témoin, le cas curieux de ce médecin (obs. XLVII) que nous rapportons ; ce malade ne se plaint plus que du trouble suivant : dès qu'il absorbe une nourriture contenant de l'huile (une mayonnaise ou une salade par exemple), il est pris d'une selle diarrhéique dans la demi-heure qui suit. Ayant fait cette constatation il a judicieusement supprimé l'huile de son alimentation ; c'est à cela que se borne son régime et il se porte depuis parfaitement bien.

Chez quelques rares malades, ce sont les troubles gastriques qui prédominent ; ceux-ci se plaignent de ballonnement épigastrique et de céphalée après le repas, avec parfois une sensation de pesanteur dans la région hépatique, de lenteur des digestions, avec tendance aux baillements, aux éructations fréquentes. Parfois, il s'agit de troubles intermittents : après une phase plus ou moins longue de malaises généraux, coïncidant parfois avec une période de constipation, certains sont pris de vomissements jaunâtres ou verdâtres, de saveur amère, qui paraissent bien être surtout bilieux.

Ces troubles gastriques et intestinaux s'associent d'ailleurs très souvent chez le même malade. Parfois les vomissements bilieux alternent avec les crises diarrhéiques, parfois aussi, dans le cours des suites opératoires, tel malade présentera d'abord uniquement des troubles gastriques avec vomissements, plus tard uniquement de la diarrhée.

Tous ces opérés, à part ces symptômes, en somme sans gravité aucune, ne se plaignent d'aucune douleur vraie, la cicatrice n'est nullement douloureuse au palper, pas plus

d'ailleurs que le reste de l'abdomen. Chez beaucoup, ces symptômes ont tendance à s'atténuer sinon à disparaître avec le temps.

B) *Troubles douloureux*. (Obs. LVII à LXXVI).

Tous les degrés, toutes les modalités s'observent dans ces douleurs qui peuvent survivre à l'intervention. Très légères dans certains cas, elles peuvent revêtir dans certains autres l'aspect de véritables crises douloureuses. Elles s'associent souvent aux troubles digestifs tels que nous les avons décrits. Ces douleurs peuvent revêtir cliniquement soit l'aspect de douleurs hépatiques, rappelant de loin les crises de coliques antérieures, soit le type de douleurs pancréatiques.

1° *Douleurs de type hépatique*. — Dans les cas les plus légers, le seul trouble dont se plaignent les malades est une sensation de picotement ou de tiraillement profond au niveau de la cicatrice. C'est une sensation désagréable plus que pénible, qui s'exagère dans la station debout, sous l'influence de la marche, souvent aussi à l'occasion des changements de temps, douleur continue mais très légère. A la palpation, on trouve le plus souvent un point quelque peu douloureux sur la cicatrice, au niveau de l'ancien trajet du drain. Dans un cas que nous avons d'ailleurs classé parmi les malades entièrement soulagés (Obs. XL) tant ce symptôme était léger, tout se bornait à une sensibilité exquise et toute superficielle de la cicatrice qui avait pris une apparence chéloïdienne. Tous les troubles ont disparu à la suite du traitement de la chéloïde par le radium. Il paraît bien évident que ces troubles bénins sont en rapport avec

la cicatrice opératoire et les quelques adhérences profondes qu'elle a pu contracter.

Mais chez la plupart les symptômes sont assez différents. Il ne s'agit plus en effet de douleurs continues mais intermittentes. C'est par phases plus ou moins prolongées que souffrent les opérés, phases douloureuses que séparent des périodes de santé parfaite pouvant durer plusieurs mois. Tantôt c'est une simple sensation de pesanteur dans l'hypochondre droit sans correspondance dorsale. Tantôt c'est une douleur de même siège, mais irradiant dans le dos, à la pointe de l'omoplate et dans l'épaule droite. Les douleurs de ce type s'accompagnent toujours de troubles intestinaux légers : tendance à la constipation chez les unes, tendance à la diarrhée ou alternatives de constipation ou de diarrhée chez les autres. Certaines malades observent que, durant leurs phases douloureuses, leurs matières sont temporairement, sinon décolorées, du moins de coloration beaucoup plus claire qu'à l'état normal. Jamais, cependant, elles n'ont d'ictère ni de subictère, bien que le masque devienne, paraît-il, plus jaune que de coutume parfois.

Ces douleurs, en général, n'apparaissent pas immédiatement après l'opération. Le plus souvent c'est après une phase silencieuse parfois prolongée (1 à 2 ans, parfois 5 ans, 9 ans) qu'elles font leur début. Elles naissent à l'occasion d'une contrariété ou de l'approche des règles, presque toujours sous l'influence d'un écart de régime. Elles paraissent d'ailleurs assez nettement en rapport avec les repas chez la plupart des malades. C'est surtout de 4 à 5 heures après la prise d'aliments qu'elles se montrent ; la nuit, c'est vers minuit qu'elles réveillent en général les opérées.

Très souvent, nous avons noté l'effet sédatif évident des chologoques et des antiseptiques biliaires (salicylate de soude) sur les douleurs.

A la palpation de ces malades, que l'on voit d'ailleurs le plus souvent en dehors d'une phase douloureuse, la cicatrice est souple, sans éventration, sans douleur à la pression. La matité hépatique est normale. Il est fréquent de constater des signes de ptose rénale avec clapotage gastrique, plus rare de trouver un foie abaissé.

Dans des cas plus rares (8 seulement dans notre série), il s'agit de véritables crises douloureuses. La topographie des douleurs est la même que pour les troubles discontinus dont nous parlions plus haut et nous n'y reviendrons pas. Ces accidents peuvent débiter sans cause apparente, mais le plus souvent c'est à l'occasion d'un écart de régime qu'ils font leur apparition. Ils s'accompagnent souvent de nausées, inconstamment de vomissements. Leur durée est variable ; si la crise peut parfois durer vingt-quatre heures, presque toujours elle est aussi vive que fugace : un quart d'heure à une heure dans la plupart des cas. Tous les malades insistent sur ce fait que les crises sont moins intenses et surtout beaucoup moins prolongées que les crises antérieures.

Ces accidents peuvent survenir, bien que rarement, dès les jours qui suivent l'intervention, à l'occasion de la reprise de l'alimentation ; mais le plus souvent c'est à la suite d'une phase silencieuse plus ou moins longue après la cholécystectomie qu'elles font leur première apparition. Tantôt les malades n'en ont présenté qu'une seule depuis l'opération. Tantôt les crises se sont répétées à intervalles

variables, parfois périodiques, survenant tous les deux ou trois mois chez certaines, au moment des périodes menstruelles chez d'autres. Très souvent aussi on voit des malades qui ont souffert pendant un an ou deux de crises semblables et qui depuis sont complètement soulagés.

Il n'est pas rare que dans l'intervalle les opérés se plaignent de douleurs continues, du genre de celles que nous avons plus haut décrites. Comme pour celles-ci nous notons l'absence d'ictère au cours des crises, mais parfois aussi on a remarqué une diminution dans la coloration des matières, coïncidant avec une teinte plus foncée des urines.

Enfin, il est possible que de pareilles crises s'accompagnent de fièvre. Un de nos malades en particulier (1), se plaignait en effet, périodiquement tous les trois mois, d'être arrêté par des accidents douloureux dans le côté droit, avec inappétence, température à 39°. Ce malade était un ancien opéré pour cholécystite aiguë suppurée et il paraît évident qu'un facteur infectieux est responsable ici de la persistance des accidents, ainsi que nous le verrons en étudiant la pathogénie de ces troubles.

L'examen de l'abdomen chez ces malades révèle peu de chose, sinon un point douloureux solaire, parfois un peu d'endolorissement de la région sous-hépatique, quelquefois du clapotage gastrique ; ce dernier est d'ailleurs presque toujours en rapport avec des signes de ptose viscérale plus ou moins prononcés.

Toutes les fois que nous avons pu pratiquer l'examen ra-

(1) Observation LXIX.

diologique de l'estomac et du duodénum sous l'écran, il nous a été loisible de constater que ces organes étaient absolument normaux comme forme, comme mobilité et comme motilité. Aucun des points douloureux que l'on pouvait avoir observé cliniquement ne répondait à l'ombre gastro-duodénale.

On voit donc combien tous ces troubles sont légers, même quant aux crises douloureuses et combien sont améliorés tous ces malades par rapport à l'état antérieur. Malgré ces ennuis persistants, tous reconnaissent les bienfaits de l'opération et se félicitent de s'y être soumis. Leur état général en effet est toujours excellent, tous ont engraisié depuis l'opération et si, certaines femmes surtout, ont même tendance à l'obésité, toutes sont capables, en tout cas, d'une vie absolument normale. La plupart de ces symptômes enfin paraissent conditionnés avant tout par un défaut de soins médicaux, ainsi qu'on en peut juger par l'heureuse influence du régime et des médicaments chez beaucoup de ces opérés.

2° *Douleurs de type pancréatique* (Obs. LXXI à LXXIV).

Chez quelques rares malades il nous a été possible d'observer certains symptômes paraissant en rapport cliniquement avec le pancréas. Certains, en effet, se plaignent de souffrir continuellement du côté gauche à la base du thorax ou dans la région lombaire gauche, alors que l'examen minutieux de l'appareil urinaire et de l'estomac, reste absolument négatif. Cette douleur s'accompagnait chez un de nos opérés d'irradiation au mamelon et à l'hypochondre droits, mais c'était à gauche que siégeait surtout la dou-

leur spontanée. D'autres se plaignent d'une douleur épigastrique en barre, soit continue, soit sous forme de véritables crises, sans vomissements ni ictère, mais avec parfois garde-robes de coloration moins foncée que normalement. Des poussées fébriles légères peuvent en marquer l'apparition.

A l'examen de ces malades, nous avons été frappé de trouver, d'une façon presque constante, une douleur assez nette à la palpation profonde, au niveau de la zone pancréatico-cholédocienne. La pression en ce point réveille même, chez certains sujets, une douleur en barre à droite et à gauche de la ligne médiane. Il est facile de se rendre compte sous l'écran que ces points douloureux n'ont aucun rapport avec l'ombre gastro-duodénale.

L'épreuve des noyaux de Schmidt pratiquée dans un cas s'est montrée négative. La recherche des ferments pancréatiques, faite dans le suc duodéal par notre collègue et ami Picard dans un autre, a décelé une légère déficience de la stéapsine. Nous avons pensé dans un cas à la possibilité d'une lithiasse pancréatique. L'examen radiographique que nous devons à l'obligeance de M. H. Béclère n'a décelé aucuns calculs.

D'ailleurs, il s'agit là encore de troubles légers, bien différents des crises violentes d'autrefois ; cependant ces malades sont plus touchées moralement que celles qui se plaignent de troubles à caractère nettement hépatique ; il nous paraît que cela est dû en grande partie à ce que le régime ne les améliore que très incomplètement ainsi que nous avons pu nous en rendre compte chez la plupart d'entre elles.

Troubles douloureux difficiles à classer. — Nous rangeons sous cette rubrique des faits pour lesquels il est impossible d'avoir une opinion exacte sur la valeur des troubles ressentis (obs. LXXIV à LXXVII). C'est le cas de cette malade de l'obs. LXXIV qui voit persister ses troubles antérieurs après l'opération, troubles que font cesser pour toujours quelques injections de fibrolysine. C'est le cas aussi de cet homme qui présente des phénomènes douloureux épigastriques avec irradiations à la base du cou, mais chez lequel on trouve en même temps un double souffle aortique (obs. LXXV).

5° *Les troubles graves.* — Les accidents de ce genre sont heureusement très rares après la cholécystectomie. Nous les diviserons en troubles hépatiques et troubles digestifs.

a) *Troubles hépatiques.* 1° *Crises douloureuses hépatiques avec ictère.* (Obs. LXXVI). — Ce type de retour douloureux est exceptionnel. Dans notre statistique nous en comptons 1 cas sur 80. Ce malade n'a pas cessé de souffrir par intermittence, depuis l'opération qui date de 7 ans. Bien qu'ils n'aient rien de comparable, comme importance, avec les crises antérieures, ces accidents ont plusieurs fois nécessité une injection de morphine. Ces douleurs sont précédées presque toujours de troubles dyspeptiques et débutent en un point de la cicatrice toujours le même ; elles ne s'accompagnent plus d'irradiation dorsale comme avant l'opération, mais, par contre, à ces symptômes, s'ajoute constamment de l'ictère, parfois de la fièvre. Les saisons annuelles faites à Vichy n'ont pas amélioré cet état ; pendant ou après la cure, le malade a même constaté une recrudescence et

une répétition de ses phénomènes douloureux. Nous aurons à discuter plus loin la valeur qu'il convient, au point de vue pratique, d'attribuer à de pareils symptômes.

2° *Apparition secondaire d'un calcul du cholédoque.* — Tout à fait exceptionnelle doit être une pareille éventualité, nous en comptons un seul cas dans notre série. Cette malade était restée entièrement soulagée pendant quinze mois. Ce n'est qu'au bout de ce temps que sont apparues d'abord des crises hépatiques avec ictère analogues à celles du malade précédent, mais qui bientôt ont fait place à des crises subintrantes avec état fébrile persistant et ictère variable. L'opération a montré qu'il s'agissait bien d'un calcul du cholédoque (obs. LXXVII). Elle avait malheureusement été pratiquée trop tard, alors que l'état général était déjà grave et la malade n'a pas survécu aux suites de cette réintervention.

B). *Troubles digestifs en rapport avec des adhérences plus ou moins serrées* (obs. LXXVIII à LXXXI).

Dans ce groupe il y a lieu d'éliminer rapidement les cas où ces adhérences sont en rapport avec une éventration post-opératoire importante. Dans cette éventration peuvent se loger l'estomac, l'épiploon, le colon, les anses grêles, fait qui explique les troubles graves qui peuvent en résulter.

Nous n'en comptons qu'un cas sur 100 malades (obs. LXXIX).

Par contre un peu plus fréquents nous ont paru les troubles liés à des adhérences sous-hépatiques du colon ou du duodénum, indépendamment de toute éventration.

La date d'apparition de ces troubles est très variable. Parfois c'est très précocement, dès un mois après l'opération, tantôt c'est seulement de six mois à un an après celle-ci que les malades recommencent à souffrir.

Au point de vue clinique, l'attention peut être attirée soit sur des signes gastro-duodénaux, soit sur des signes coecoliques, parfois aussi sur les deux ordres de symptômes à la fois. Dans la première éventualité les malades se plaignent surtout de lenteur des digestions, accompagnée parfois de douleur tardive survenant trois à quatre heures après le repas. La douleur s'exagère souvent dans la station debout ou dans le décubitus latéral, alors que le décubitus dorsal arrive à la calmer. Dans la seconde, c'est surtout de ballonnement intermittent du côté droit avec crises de coliques que souffrent les opérées ; une selle diarrhéique ou une émission de gaz marque souvent la fin de la crise ; de pareils états peuvent même être entrecoupés par moments de véritables accidents de subobstruction avec ballonnement persistant, arrêt incomplet des matières et des gaz et vomissements.

Au palper il est parfois possible de trouver un noyau induré à la partie moyenne de la cicatrice, se prolongeant profondément sous le rebord chondrocostal et douloureux à la pression.

La radioscopie nous a permis de mettre en évidence chez ces malades à la fois une fixité anormale du genu superius et de l'angle colique droit, par rapport à l'ombre hépatique, ainsi que souvent une déformation appréciable du genu superius qui paraissait rétréci en examen oblique, sous le passage du bol baryté ; ces déformations du duodé-

num. e. coïncidaient souvent avec un retard appréciable de l'évacuation gastrique.

Pour ce qui est du colon, il nous a été possible, chez une malade, de mettre en évidence, d'une part, une fixité anormale de l'angle droit et une obliquité particulière de la partie initiale du transverse qui partageait exactement la direction de la face inférieure du foie, d'autre part une ectasie cœco-colique s'opposant à une diminution de calibre du transverse ; ces symptômes coïncidaient avec un retard très marqué de l'évacuation du repas baryté. Ces faits ne pouvaient s'expliquer que par des adhérences inter-hépatocoliques ; ils ont reçu une entière confirmation de l'intervention secondaire.

Ces symptômes coliques ou duodénaux peuvent s'associer chez certains malades à des phénomènes douloureux rappelant ceux que nous avons décrits à propos des « petits troubles », d'où la complexité des signes accusés par certains de ces opérés.

En tout cas, qu'il s'agisse de douleurs d'ordre colique ou duodénal, les malades, par peur de souffrir, finissent par restreindre leur alimentation, l'état général finit par être touché à son tour et on comprend que l'on puisse être amené à réintervenir chez de pareilles patients étant donné que le traitement médical est ici naturellement sans action.

Nous aurons à nous expliquer plus loin sur la raison du retour de pareils accidents.

Résultats des cholécystites non calculeuses. — Nous avons peu à dire sur ces résultats sinon que, mise à part la ques-

tion de l'apparition secondaire d'un calcul du cholédoque, on peut observer chez ces malades des troubles absolument comparables à ceux que nous avons décrits dans les suites des cholécystites lithiasiques. Nous ne trouvons pas dans ces formes de crises douloureuses hépatiques avec ictère franc ; cependant, dans un de nos cas (obs. XCVIII), la crise s'accompagnait parfois de subictère et de fièvre. Chez ce malade elles ont toujours coïncidé avec des périodes d'alimentation défectueuse ; elles n'ont eu d'ailleurs qu'un temps et depuis deux ans cet opéré n'en a plus jamais présenté ; il se porte admirablement, bien que ne suivant aucun régime. L'analogie est frappante quant aux modalités des troubles légers observés dans les suites.

Tels sont les différents symptômes ou accidents que nous avons pu observer sur cette série de cent opérés ; nous avons montré, chemin faisant, comment on pouvait, au point de vue clinique et radiologique, les classer ; il paraît simple désormais d'en faire l'étude statistique.

CHAPITRE II

ETUDE STATISTIQUE

A. CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES. — Si nous prenons d'abord nos cas de cholécystites calculeuses, nous pouvons prendre connaissance de l'ensemble de nos résultats par le tableau suivant :

TABEAU I.

Cholécystites calculeuses. — Nombre : 80 cas.

Malades entièrement soulagés	34 dont 7 décédés depuis l'opération + 8 (malades souffrants de troubles sans rapport avec la région opératoire)	Total : 42 = 52,5 %	91,2 % de résultats satisfaisants	
Petits troubles	Douleurs	troubles digestifs sans douleurs 12 = 15 %		Total = 31 = 38,7 %
		type hépatique { sans crises } 6 = 7,5 %		
		{ avec crises } 8 = 10 %		
		type pancréatique 3 = 3,7 % avec ou sans crises		
		difficiles à classer 2 = 2,5 %		
Troubles sérieux	crises douloureuses hépatiques avec ictère 1 = 1,2 %	4,9 %		
	Douleurs coexistant avec des adhérences constatées à la radioscopie ou à l'opération 3 = 3,7 %			
Lithiase secondaire du cholédoque (vérifiée)		1 = 1,2 %		
Malades morts sans avoir cessé de souffrir (Cancer possible du foie ou des voies biliaires)		2 = 2,5 %		

Résultats globaux. — Ce tableau met en évidence la grande proportion de malades (52 %) qui ne se plaignent plus du tout de leur région opératoire et ont retrouvé à tous égards une santé normale, de même que le faible pourcentage des troubles graves dans ces suites éloignées (8,6 %). Cette statistique nous montre par contre, qu'il est fréquent de voir persister des troubles légers après l'opération (38,7 %).

Si nous tenons compte de la bénignité réelle des signes fonctionnels dont il s'agit, nous pouvons considérer comme très améliorés les malades de la catégorie dont nous parlons. Aussi est-il légitime de conclure, en additionnant ces cas aux guérisons complètes, que la cholécystectomie pour lithiasé nous a fourni en somme 91,2 % de résultats satisfaisants. Aucun de ces malades, en effet, n'a plus jamais présenté de crises de coliques hépatiques typiques depuis l'opération, jamais de crises douloureuse semblables aux anciennes, ni comme intensité, ni comme durée ; jamais non plus ils n'ont présenté d'ictère ni même de subictère. Tous semblent bien à l'abri de tout accident sérieux ou grave pour l'avenir.

Sur ces 38,7 % on trouve 15 % de malades qui se plaignent de symptômes exclusivement digestifs et 23,7 % seulement qui se plaignent encore de phénomènes douloureux. Ceux-ci sont le plus souvent du type hépatique, beaucoup plus rarement du type pancréatique (3,7 %).

Comparaison des résultats dans les formes chroniques et dans les formes aiguës. — Si nous envisageons maintenant les résultats, suivant les différentes variétés de cholécystite,

nous pouvons tout d'abord comparer les suites éloignées des cholécystites chroniques à celles des cholécystites suppurées.

Nos cholécystites calculeuses chroniques portent sur 65 cas. Elles donnent 52,5 % de guérisons parfaites, 40 % de petits troubles dont 21,4 % de troubles douloureux. C'est dans ces formes seulement que s'observent, d'après notre série, les décès tardifs par cancer possible du foie ou des voies biliaires. De même c'est uniquement pour ces formes chroniques que nous trouvons dans les suites ultérieures des accidents liés à des adhérences appréciables.

Les cholécystites suppurées (15 cas) fournissent 53,3 % de guérisons parfaites, 33,3 % de petits troubles, soit une proportion un peu plus faible que les cholécystites chroniques : par contre, c'est dans les suites de ces cholécystites aiguës que nous découvrons notre cas de calcul du cholédoque (6,6 %) et celui des crises douloureuses avec ictère (6,6 %) ; il est également intéressant de constater que nous n'avons pu observer dans cette série aucun trouble secondaire en rapport avec des adhérences nettes.

De ces considérations il résulte que la proportion des résultats dits satisfaisants est un peu plus grande pour les cholécystites chroniques (93,6 %) que dans les cholécystites aiguës suppurées (86,6 %), différence minime il est vrai, étant donné que ces pourcentages portent sur des séries d'importances très inégales.

Comparaison des résultats, suivant la présence ou l'absence de péricholécystite. — La comparaison de nos relevés n'offre à cet égard que peu d'intérêt : même proportion pour

les petits troubles (40 % dans un cas, 41,5 % dans l'autre) ; parmi ceux-ci, les douleurs et les symptômes digestifs y figurent suivant un rapport sensiblement comparable. Un fait pourtant est important à remarquer, c'est que tous les cas d'accidents tardifs liés à des adhérences plus ou moins serrées répondent à des formes avec péricholécystite. *Il semble donc que lorsque des troubles douloureux en rapport avec des adhérences apparaissent chez un cholécystectomisé, les adhérences qui les conditionnent existaient déjà lors de l'intervention première.*

Comparaison des résultats, suivant le nombre et le volume des calculs trouvés dans la vésicule. — Si nous comparons quant aux suites les faits où la vésicule contenait un gros calcul unique ou des calculs volumineux et peu nombreux, à ceux où l'organe contenait des calculs multiples ou de la boue biliaire, mis à part tous les cas de calcul enchâtonné du cystique ou du col, nous observons une plus grande proportion de petits troubles pour la seconde catégorie que pour la première (47,5 % contre 27,5 %). Il semblerait donc que le contenu de la vésicule ait une certaine signification quant à l'apparition de ces troubles ultérieurs. Ce fait avait déjà été mentionné par Arnsperger (1).

Résultats dans les calculs enchâtonnés du cystique ou du col (18 cas). — C'est à propos de ces formes que nous trouvons à nouveau notre cas de calcul du cholédoque, de même que la crise douloureuse avec ictère.

(1) L. ARNSPERGER. — Dauer erfolge und Rezidive nach gallenstein operationen. *Münchn Kl. Wch.* 1912, LIX, p. 6-8.

Il semble donc, d'après notre statistique, que les accidents graves s'observent surtout après les cholécystites suppurées avec calcul du cystique ou du col.

Résultats dans les mucocèles de la vésicule. — Ce sont les meilleurs de notre série. Sur 5 cas, nous trouvons, en effet, 4 guérisons complètes (soit 80 %) et 1 cas de troubles douloureux légers (soit 20 %).

Influence de l'ancienneté du début clinique de la cholécystite. — Ce facteur, d'après nos relevés, ne paraît avoir aucune influence sur les suites éloignées de l'opération.

Influence de la durée du drainage. — Il en est de même du temps du drainage qui ne paraît avoir aucune répercussion évidente sur la fréquence ni sur la nature des troubles ressentis depuis l'intervention par certains malades.

De tout ce qui précède nous pouvons donc tirer les conclusions suivantes quant aux suites des cholécystites calculeuses :

1) Les petits troubles des cholécystectomisés semblent plus fréquents dans les suites des cholécystites chroniques que dans celles des cholécystites aiguës, plus fréquents pour les cas où de nombreux calculs ou de la boue biliaire existaient dans la vésicule que pour ceux où l'organe contenait des calculs volumineux, rares ou uniques. Leur fréquence n'est influencée ni par la durée du drainage ni par la présence de péricholécystite à l'opération première.

2. Des accidents sérieux ou graves qui peuvent survenir après l'intervention, les troubles par adhérences mar-

quées semblent l'apanage des cholécystites chroniques avec péricholécystite ; le calcul du cholédoque et les crises hépatiques avec ictère paraissent se voir, avant tout, dans les suites des cholécystites aiguës suppurées.

Les cas pour lesquels on peut penser à un cancer du foie ou des voies biliaires semblent appartenir aux suites des cholécystites chroniques.

De toutes les formes de cholécystites calculeuses, le mucoécèle de la vésicule est celle qui paraît donner les meilleurs résultats, la cholécystite suppurée avec calcul enchâtonné du cystique ou du col, les moins bons.

B. CHOLÉCYSTITES NON CALCULEUSES.

Les résultats éloignés de l'opération pour les cholécystites non calculeuses peuvent être résumés par le tableau suivant :

TABLEAU II.

Cholécystites non calculeuses. — Nombre : 20.

Entièrement soulagés		8	Total : 12 = 60 %		}	85 % de résultats satisfaisants
		+ 4				
		(souffrant de troubles sans rapport avec la région opératoire)				
Petits troubles	Troubles digestifs sans douleurs		2 = 10 %	}	Total 25 %	
	Douleurs	type { sans crises	1 = 5 %			
		hépatique { avec crises	1 = 5 %			
		type pancréatique				
Crises douloureuses avec ictère		1	= 5 %	}	15 % de troubles sérieux	
Troubles liés à des adhérences serrées		2	= 10 %			
Morts sans avoir cessé de souffrir de la région opératoire		0				

Résultats globaux.

Ce tableau montre que la proportion des petits troubles est moindre après l'opération que pour les cholécystites calculeuses ; par contre, nous observons une plus grande proportion de troubles ultérieurs en rapport avec des adhérences serrées.

Résultats dans les formes avec ou sans péricholécystite.

Si nous ne prenons que les cas de cholécystites chroniques avec péricholécystite, le taux des petites troubles

tombe à 18 %. Nous avons trop peu de faits de cholécystite chronique sans péricholécystite pour pouvoir juger avec certitude les résultats de l'intervention dans cette variété où les lésions sont les plus discrètes. Pourtant il semblerait, d'après notre statistique, que ce soit dans ces cas où la vésicule est en somme trouvée bien peu atteinte lors de la cholécystectomie que les résultats éloignés soient les moins favorables.

Il est intéressant de rapprocher cette constatation des observations analogues faites par certains auteurs américains à propos de ces formes très légères. John Homans, E. M. Stanton entre autres, ont récemment montré avec chiffres à l'appui que c'était dans les formes de cholécystite, qui surviennent souvent chez des neurasthéniques, présentant des troubles intestinaux réflexes pour lesquels on propose parfois une laparotomie exploratrice, que l'on observe le plus grand nombre de résultats imparfaits.

Résultats comparés des cholécystites chroniques et des cholécystites suppurées. — Si nous comparons les suites, qu'il s'agisse de cholécystite chronique ou de cholécystite aiguë suppurée, nous faisons une constatation analogue à celle que nous avons faite pour les résultats des cholécystites calculeuses, savoir : pas de différence appréciable quant à la proportion des troubles légers (25 %) pour les formes aiguës, 26,4 % pour les formes chroniques). Les troubles secondaires par adhérences se voient uniquement dans les formes chroniques ; notre seul cas de crise douloureuse hépatique avec subictère, répond aux suites des cholécystites suppurées.

Résultats comparés des cholécystites calculeuses et des cholécystites simples. — De cette comparaison il résulte que :

1. Semblent appartenir en propre à la lithiase dans les suites éloignées de ces opérations :

Le calcul du cholédoque.

Les cas de cancer possible du foie ou des voies biliaires.

2. Tous les autres accidents peuvent s'observer pour les deux catégories de cholécystites.

3. Qu'il s'agisse ou non de lithiase, les coliques hépatiques avec ictère semblent bien le fait des cholécystites aiguës suppurées. Les troubles ultérieurs par adhérences, le fait des cholécystites chroniques avec péricholécystite.

4. La proportion des troubles légers, douloureux ou digestifs, paraît plus grande dans les suites des cholécystites calculeuses que dans celles des cholécystites simples, surtout si l'on ne compare que les cholécystites avec péricholécystite (40 % dans les premières, 18 % seulement pour les secondes).

5. La proportion de troubles ultérieurs par adhérences paraît un peu plus élevée dans les suites des cholécystites chroniques simples que dans celles des formes calculeuses correspondantes. (10 % pour les premières, 3,7 % pour les secondes).

Les éventrations. — Nous en comptons 14 sur notre série de cent. Sur les 14 cas il en est 12 qui répondaient à des éventrations tout à fait limitées, petites brèches des dimensions d'une pièce de 0.50 siégeant le plus souvent au niveau de l'ancien trajet du drain. Dans deux cas seule-

ment il s'agissait d'éventration très importante ; il est à noter que des deux l'un correspondait à une incision oblique sous-chondro-costale, l'autre à une incision transversale type Sprengel. Cette éventration était parfaitement supportée chez l'un de nos malades qui continuait à exercer un métier fatigant ; chez un autre, au contraire, l'éventration s'est accompagnée d'adhérences viscérales et a nécessité une cure secondaire.

Nous n'avons eu l'occasion d'observer qu'une fois chez l'un de ces malades une paralysie segmentaire du muscle droit. L'incision onduleuse ne paraît donc pas donner d'aussi mauvais résultats qu'on serait tenté de le croire.

Comparaison de nos résultats avec les statistiques, publiées par d'autres auteurs. — Il ne faut pas perdre de vue, dans la comparaison de nos résultats avec ceux des différents auteurs, le but que nous nous sommes proposé dès le début de ce travail. Nous n'avons pas eu en effet l'intention de démontrer les avantages de la cholécystectomie, mais bien la valeur exacte, rigoureusement définie de cette opération, non combinée au drainage de la voie principale ; nous devons donc tenir compte naturellement des moindres troubles fonctionnels accusés par les patients et nous montrer très sévères dans l'appréciation des guérisons. C'est dire qu'il est peu de travaux avec lesquels nous puissions comparer le nôtre. Celui de Graff et Weinert (1) cependant nous offre quelques points de comparaison bien que sa classification soit très différente de la nôtre et que tous les renseignements qu'il utilise soient obtenus par let-

(1) *Loc. cit.*

tre des malades eux-mêmes, ce qui leur retire beaucoup de valeur. Par contre, ces auteurs ont pu revoir un nombre beaucoup plus grand de leurs opérés que nous pour la série dont nous rapportons les suites. Cette comparaison de nos résultats est encore faussée par ce fait que dans tous les cas publiés par Graff et Weinert il s'agissait de cholécystectomie avec suture ou drainage du cholédoque.

Sur 130 malades opérés, 124 ont répondu.

Sur ces 124 ils constatent :

73,4 % de guérison complètes.

6,4 % de troubles en rapport avec l'estomac ou l'intestin.

9,7 % » » » » avec de véritables adhérences.

6,4 % » » » » avec une éventration.

4,8 % » » nerveux peu en rapport avec la maladie originelle.

3,2 % de coliques hépatiques avec ictère.

Cette importance des troubles légers après les opérations sur les voies biliaires a frappé davantage depuis quelques années les auteurs qui ont étudié les suites éloignées. Nous n'en voulons pour preuve, parmi les travaux parus sur les suites éloignées de la chirurgie biliaire en général, que la statistique globale de L. Arnsperger (1) : sur 147 malades opérés, il n'en trouve que 64,6 % complètement guéris, 19,7 % qui ont encore de légers troubles mais peuvent encore travailler, soit, dit-il 84,3 % de bons résultats, 2,1 % souffrant d'affections indépendantes des voies biliaires et 13,6 % qui demeurent non soulagés et pour lesquels se po-

(1) *Loc. cit.*

se la question d'une réintervention. Nous pourrions trouver dans d'autres statistiques américaines, statistiques globales où l'on ne détaille pas les suites suivant les interventions pratiquées, plus d'un exemple prouvant que les chirurgiens de ce pays commencent aussi à tenir compte de ces troubles légers dans l'appréciation exacte de leurs résultats opératoires.

CHAPITRE III

ETUDE DE L'ÉTAT HUMORAL ET DE LA VALEUR FONCTIONNELLE DU FOIE CHEZ LES CHOLÉCYSTECTOMISÉS

« L'extirpation du calcul ne guérit pas l'état qui a présidé à sa formation. Cette question ne peut être jugée que par l'évolution des malades opérés de lithiase. Elle demande une observation de plusieurs années. » (Flaudin, thèse, Paris 1912).

Les recherches que nous exposons ont un double but : d'une part, établir si le facteur terrain se manifeste encore par quelque perturbation latente de la fonction hépatique chez ces opérés et avec quelle fréquence on le retrouve ; d'autre part, si des troubles hépatiques sont décelables biologiquement chez ces malades, de comparer les résultats du laboratoire à ceux de la clinique.

On sait, depuis les recherches de MM. Gilbert et Lereboullet, que chez les lithiasiques non ictériques, il est fréquent de trouver des pigments biliaires en excès dans le sang. M. Chauffard et ses élèves ont ajouté à cette notion celle non moins intéressante de l'hypercholestérinémie chez ces malades. On sait d'autre part que l'urobilinurie est fréquente chez les lithiasiques et que la présence de l'urobiline dans les urines est considérée par la plupart comme un signe pratique important de l'insuffisance de la cellule hé-

patique. Il est intéressant aussi de rapprocher ces données des idées modernes sur ces rétentions biliaires latentes sur lesquelles MM. Lemierre et Brulé ont particulièrement attiré l'attention dans ces dernières années : Des rétentions biliaires peuvent exister qui ne se traduisent par aucun signe clinique évident et que décèlent les seules recherches biologiques. Ces rétentions biliaires latentes ont ceci de particulier, qu'au lieu de porter sur tous les éléments de la bile, elles ne portent que sur une partie de ceux-ci ; ce sont des « ictères dissociés » tantôt au profit des sels, tantôt au profit des pigments.

Chez le lithiasique l'hypercholestérinémie et la cholémie pigmentaire, d'après Flandin, peuvent exister de même, soit isolément soit ensemble, l'hypercholestérinémie étant toujours prédominante. Dans une certaine mesure, et tout en tenant compte des nombreux facteurs dont paraît relever, indépendamment du foie, cet état humoral, l'hypercholestérinémie nous apparaît donc comme la plus sensible peut-être des rétentions biliaires dissociées. C'est cet élément qui, plus que les autres, doit évidemment nous servir pour apprécier à sa juste valeur la qualité de la guérison, puisqu'aussi bien c'est à la cellule hépatique même, en raison surtout de ce facteur humoral, que l'on tend actuellement à s'adresser pour trouver la cause véritable de la lithiasie biliaire.

Chez ces malades, nous nous sommes, en conséquence, appliqués à rechercher trois choses :

1° *L'existence possible d'urobilinurie.* — Nous avons employé pour cette étude la méthode bien connue de Grimbert. Nous n'avons accordé de valeur qu'au pigment et non

à son chromogène, de façon à ne tenir compte que des cas absolument nets.

2° *L'élimination des sels biliaires par les urines.* — Nous avons utilisé à cet égard la stalagmométrie, selon la technique de Gouget et de Lyon-Caen, remise récemment en honneur par Chabrol et Bénard. Nous nous servions du compte-gouttes de Duclaux, de 5 cmc. Pour obtenir la tension superficielle des urines nous usions de la formule :

$$T_u = 1.000 \times \frac{A}{N} \times D, \text{ où } 1.000 \text{ représente convention-}$$

nellement la tension superficielle de l'eau distillée, A le nombre de gouttes que fournit l'urine de densité D (en pratique D est fixée une fois pour toutes à 1015).

3° *Le taux de la cholestérine du sérum.* — Ces dosages ont été faits selon la méthode colorimétrique de Grigaut. Ils sont tous dus à Mlle S. Ledebt, de l'Institut Pasteur. Ces dosages sont au nombre de vingt-neuf, dont vingt-quatre concernant des lithiasiques avérés ; les cinq autres ont trait à des malades qui avaient été opérés pour cholécystite sans calculs. Ils nous serviront en quelque sorte de témoins pour apprécier la valeur des résultats de nos recherches chez les opérés pour lithiase. Nous avons tenu compte dans nos investigations sur la cholestérinémie, de l'époque des règles, cause d'erreur importante dans l'appréciation des faits (on pourra s'en rendre compte à la lecture de nos observations). Nous avons de même éliminé, grossièrement il est vrai, la néphrite, par la recherche de l'albumine dans les urines.

Etude de ces résultats dans les suites des cholécystites calculeuses. — Nous avons réuni l'ensemble de nos constatations dans le tableau III. Dans ce tableau sont consignés en outre la durée de l'évolution clinique avant l'opération, comptée à partir de la première crise douloureuse, de même que le temps écoulé entre l'opération et la date du dosage de cholestérine. Enfin, nous avons fait mention aussi de la nature des symptômes cliniques auxquels ces résultats correspondent.

Nous envisagerons successivement, pour la commodité de l'exposé, nos recherches sur l'urobiline et les sels biliaire, puis celles sur la cholestérinémie.

1° *L'urobilinurie.* — Nos examens ont porté sur les urines de 18 malades. Nous n'avons trouvé que rarement de l'urobiline, puisque chez cinq opérés seulement nous avons pu déceler ce pigment. Nous n'avons pas tenu compte il est vrai de l'urobilinogène, comme nous le disions plus haut; la réaction était toujours recherchée directement dans la solution chloroformique du pigment, sans addition d'alcool iodé. Nous devons ajouter que la fluorescence obtenue par la solution alcoolique d'acétate de zinc, même indiscutable, restait toujours légère. Il est à noter, ainsi qu'il ressort de la lecture du tableau III, que toutes les malades qui présentaient de l'urobilinurie, souffraient encore de troubles douloureux légers associés à des troubles digestifs.

2° *La cholurie saline.* — La stalagmométrie nous a permis de déceler constamment, sauf dans un cas, un abaissement de la tension superficielle des urines chez ces opérés.

A prendre trop à la lettre la valeur de cette constatation, on aurait tendance à en conclure que presque tous ces opérés avaient un certain degré de cholurie saline. En réalité nous croyons qu'il faut être plus prudent dans notre appréciation. On sait en effet, que d'autres substances, bien qu'à un moindre degré, peuvent, en dehors des sels biliaires, faire baisser cette tension superficielle des urines ; et si nous nous en rapportons aux recherches récentes de Chabrol et Bernard, portant sur de nombreux individus, on doit considérer que la stalagmométrie chez les gens normaux donne des chiffres variant entre 900 et 1.000. Nous ne devons donc tenir compte ici que des chiffres inférieurs à 900. Nous n'en trouvons alors que 5 cas sur 18. Sur les 5, trois sont entre 850 et 900, un autre à 821, un dernier à 790. Si nous ne tenons compte que de ces chiffres sûrs, nous pouvons donc conclure qu'un certain nombre de ces opérés ont un léger degré de rétention des sels biliaires. Tous ces malades, sauf un, présentaient d'ailleurs des troubles douloureux ou digestifs légers ; chez deux d'entre eux nous avons même noté des poussées de prurit, parfois même d'urticaire.

Mais si nous comparons ces résultats avec ceux de l'urobilinurie, nous voyons qu'à ne considérer toujours que les chiffres sûrs, il n'y a aucun parallélisme entre la rétention de ces sels biliaires et la présence d'urobiline.

Ces données nous semblent pouvoir être interprétées comme des faits de rétention biliaire partielle. Ils témoignent déjà pour leur part, en tous cas, d'un certain degré d'insuffisance de la cellule hépatique chez les opérés qui, cliniquement, ne sont pas entièrement soulagés.

Recherches sur la cholestérinémie. — Infiniment plus nets et plus intéressants nous paraissent les faits que nous ont montré nos recherches sur la cholestérinémie.

Si nous considérons tout d'abord nos résultats globaux, nous constatons chez nos opérés pour cholécystite lithiasique que sur 24 malades examinés, huit ont une cholestérinémie oscillant entre 1 gr. 87 et 1 gr. 20 par litre, soit un taux absolument normal. A ne juger que ces faits en bloc nous pourrions donc déjà dire que 33,3 % de nos opérés ont une cholestérinémie normale. Mais ce pourcentage doit être encore au-dessous de la vérité. Il faut tenir compte, en effet, de l'esprit qui nous a animé dans ces investigations quand nous les avons commencées; nous recherchions surtout pour nos dosages, les malades qui présentaient encore quelques troubles, nous limitions au contraire le nombre de nos examens chez les malades soulagés, comptant nous servir de nos résultats chez ces derniers, surtout à titre de résultats témoins comparativement aux précédents. Aussi est-il plus exact d'envisager ces faits en les comparant constamment à la clinique. Tandis que pris en bloc, ces chiffres n'ont pas de valeur en tant que série, ils en ont une plus réelle, si nous considérons qu'ils ont trait d'une part à une série de malades complètement guéris, d'autre part à une autre série de malades présentant encore quelques troubles cliniquement observables.

TABLEAU III.

Cholécystites calculeuses

		NATURE de la CHOLÉCYSTITE	ANCIENNETÉ des crises hépatiques avant l'opération	DURÉE des suites éloignées	CHOLURIE SALINE (tension su- perficielle des urines)	UROBILINE	ALBUMINURIE	TAUX de la cholestérine par litre de sérum
<i>Molades entièrement soulagés</i>		Chronique	14 ans	8 ans 1/2	913	0	0	2 gr. 50
		»	10 »	6 ans	931	0	0	1 gr. 65
		»	5 »	1 an 1/2	821	0	0	1 gr. 87
		»	3 »	2 ans	914	0	0	1 gr. 50
		»	10 »	10 mois			0	1 gr. 87
		»	2 »	1 an 1/2			0	1 gr. 20
PETITS TROUBLES	<i>Troubles digestifs</i>	Chronique	6 mois	3 ans 1/2			0	2 gr. 40
	<i>Troubles dou- loureux</i>	»	2 ans 1/2	9 ans 1/2	901	0	+	2 gr. 11
		Aiguë	1 an	5 » »	1000	0	0	1 gr. 20
		»	9 ans	2 ans			0	2 gr.
		Chronique	2 »	17 ans 1/2	984	0	0	2 gr. 50
		»	3 »	7 ans	965	+	0	2 gr.
		»	1 »	3 ans 1/2	875	0	0	2 gr.
		»	25 »	2 » »	925	0	0	2 gr. 25
		»	10 »	9 mois 1/2	894	0	0	1 gr. 87
		Chronique	1 an 1/2	7 ans			0	2 gr. 25
		»	9 ans	11 »	851	0	0	2 gr.
		»	2 mois	5 »	910	+	0	2 gr. 50
		»	2 ans	1 an 1/2	790	0	0	2 gr. 35
		»	9 »	2 ans	940	+	0	
		»	9 »	1 an 1/2	975	+	0	2 gr. 50
		Aiguë	2 »	5 ans 1/2	994	0	+	2 gr. 70
	<i>Troubles en rapport net avec des adhérences</i>	Chronique	4 ans	1 an 1/2			0	1 gr. 80
		»	24 »	2 ans 1/2			0	2 gr.
		»	10 »	6 ans	931	+	0	2 gr.

Dans le tableau III, nous avons en effet classé nos opérés par catégories cliniques et un fait particulièrement frappant s'en dégage :

D'une part, sur 6 opérés cliniquement guéris, nous en trouvons un seul qui ait une cholestérinémie élevée (2 gr. 50). Tous les autres présentent un taux de cholestérine absolument normal (1 gr. 70 à 1 gr. 87).

Nous pouvons donc en conclure que chez les cholécystectomisés pour lithiase qui ont retrouvé cliniquement une santé parfaite, la teneur du sérum en cholestérine est normale dans 83,4 % des cas.

Tenant compte de ce pourcentage chez les malades guéris, nous pourrions ajouter, en appliquant celui-ci au taux de 52 % de guérisons complètes que nous a permis de constater la seule clinique (1), qu'il est vraisemblable d'admettre que *la cholestérinémie doit être normale chez 43,3 % des cholécystectomisés pour lithiase pris en bloc.*

D'autre part, si nous examinons le taux de cet élément du sérum chez les opérés qui présentent encore des troubles douloureux ou digestifs pour la plupart légers, nous observons le fait suivant : sur 18 malades nous en comptons 3 seulement pour lesquels la cholestérinémie est inférieure à 2 grammes. Tous les autres ont donc une hypercholestérinémie indiscutable. Nous pouvons donc en conclure : *que chez les cholécystectomisés pour lithiase qui ont conservé cliniquement des troubles appréciables, il est permis d'observer de l'hypercholestérinémie dans 83,3 % des cas.*

(1) Voir tableau 1.

Les résultats de nos recherches chez ces deux catégories de malades s'opposent donc absolument.

Déduction à tirer de ces faits : Comparaison de ces données avec les chiffres observés chez les lithiasiques non opérés.

Il est évident que nous ne pouvons tirer de toutes ces constatations aucune conclusion quant à l'action que peut avoir l'opération sur la cholestérinémie chez les lithiasiques. Pour que ces recherches aient tout leur intérêt, il faudrait que le dosage de la cholestérine ait été fait avant l'opération et que nous puissions comparer le résultat de celui-ci au taux nouveau constaté chez les anciennes opérées. Il n'est pas sans valeur pourtant, à cet égard, de comparer nos chiffres à ceux qui ont été observés par d'autres auteurs chez les lithiasiques non opérés. Nous avons en particulier, dans les faits publiés par M. Chauffard et ses élèves, chez les lithiasiques, un terme de comparaison précieux. C'est ainsi que sur une première série de 29 dosages effectués par Grigaut et rapportés par Flandin dans sa thèse, cet auteur trouve une cholestérinémie supérieure à 2 gr. pour tous les cas, sauf deux ; or ces deux derniers, comme on le fait remarquer, répondaient à des lithiasiques, présentant des signes d'infection biliaire et l'on sait que les états fébriles font baisser le taux de la cholestérine, du sérum ; on peut donc faire abstraction de ces deux cas, pour juger de la fréquence de ce facteur chez les lithiasiques. Dans une autre série de 17 dosages, pratiquée depuis, Grigaut ne trouve plus qu'un seul cas pour lequel la cholesté-

rinémie est inférieure à 2 gr. A en juger par ces renseignements, l'hypercholestérinémie serait donc extraordinairement fréquente chez les lithiasiques. Il y aurait donc tout lieu de penser que pour un certain nombre de malades cet élément humoral doit être influencé par l'opération. Mais pour que la comparaison que nous venons de faire ait une réelle portée pratique, encore conviendrait-il de savoir si ces faits que nous opposons sont comparables si les malades dont nous parlent les auteurs précédents étaient ictériques ou non et quelle localisation calculeuse ils présentaient, vésiculaire pure ou cholécystienne, au moment où ces examens ont été faits. Or, du moins à la lecture des différents ouvrages que nous ayons pu avoir entre nos mains, il n'est jamais précisé avec netteté quelle est la fréquence habituelle de l'hypercholestérinémie chez les lithiasiques avérés, en dehors de tout ictère.

Ce fait est pourtant d'importance pour juger du sens réel de cette notion quand on s'efforce de la rattacher à l'idée si nébuleuse du terrain lithiasique. Quand on parle de ce facteur, il est évident que l'on doit toujours songer qu'à côté de l'hypercholestérinémie, expression objective de ce « terrain » morbide spécial, on peut observer une hypercholestérinémie passive qui n'étant plus un état biliaire dissocié, suppose souvent, le plus souvent même chez le lithiasique, un facteur canaliculaire qui vient enlever à sa constatation toute espèce de valeur et d'intérêt.

Tout ce que nous pouvons donc conclure de la comparaison que nous venons de faire, c'est que l'hypercholestérinémie, chez les cholécystectomisés, en dehors de tout ictère cliniquement constatable, est infiniment moins fré-

quente que chez les lithiasiques en général, avant l'opération.

Quel que soit le rôle exact de cette hypercholestérinémie dans la lithiasie, c'est surtout à titre de signe d'insuffisance hépatique légère que cet élément doit retenir ici notre intérêt au point de vue pratique. En l'état actuel des connaissances acquises en pathologie hépatique, il nous est un gage précieux de la guérison certaine de nos opérés, puisque ce test vient confirmer en grande partie les conclusions que nous avons pu tirer de l'examen clinique de nos malades. Il semble bien nous permettre d'établir que *43,3 % des opérés sont vraiment guéris de leur maladie* par la seule cholécystectomie. La chose paraît en tout cas certaine pour le plus grand nombre de ces patients, étant donné l'ancienneté de l'opération.

Il n'est pas douteux que ce facteur se rencontre encore fréquemment chez certains opérés qui paraissent nombreux ; sa fréquence est frappante chez tous ceux qui présentent encore quelques troubles cliniques et par là même il nous engage à ne pas considérer comme de simples névropathes la plupart de ceux qui se plaignent encore. En présence de ces constatations, il est permis de penser que pour ceux-là l'élément terrain envisagé sous la forme plus objective de l'hypercholestérinémie prend une part importante dans l'interprétation et la signification de la survivance de certains symptômes. Pour ces malades, mais pour ces malades seulement, il paraît exact que la « chirurgie peut guérir le malade, mais qu'elle ne guérit pas la maladie ».

Cette notion du terrain lithiasique reste d'ailleurs à tous

égards d'une grande utilité pratique pour le chirurgien, en l'invitant à ne jamais préjuger d'avance, même pour une intervention en apparence aussi simple et aussi pleine de promesses, de la qualité d'une cure opératoire. Mais il y a plus peut-être et nous nous réservons de revenir plus loin sur l'utilisation possible du dosage de la cholestérine chez les malades pour poser l'indication d'un traitement diététique après l'opération.

Etude de la cholestérinémie dans les suites des cholécystites sans lithiasse confirmée. — Cette étude a beaucoup moins d'intérêt, et nous retiendra très peu. Nos résultats d'ailleurs sont très peu nombreux (5 seulement). Voici le tableau destiné à les résumer :

TABLEAU IV.

Cholécystites sans calculs.

		Cholestérinémie	Albumine
Malades complètement guéris		1 gr. 87	0
		1 gr. 75	0
Petits troubles	Malades souffrants de troubles digestifs	1 gr. 50	0
	troubles douloureux	1 gr. 66	0
		2 gr. 25	0

CHOLÉCYSTITES SANS CALCULS

Nous n'observons plus ici de correspondance entre les signes cliniques et le taux de la cholestérinémie ; toutefois, nous constatons une hypercholestérinémie nette chez une malade qui se plaint encore de troubles douloureux. Il n'y a peut-être pas lieu, selon nous, de s'en étonner outre mesure. Actuellement, en effet, on tend à considérer que le fait de la présence ou de l'absence de calculs macroscopiques est un critérium insuffisant pour juger de la nature lithiasique d'une cholécystite. Outre qu'une vésicule, le jour où on l'extirpe, peut avoir été récemment déshabitée, on connaît depuis Aschoff et Bacmeister les calculs microscopiques, intramuraux qui paraissent pouvoir subsister seuls dans certains cas dans l'organe. Cette opinion trouve d'ailleurs, actuellement, un appui nouveau dans la possibilité de ces formes si particulières de cholécystite dont la description nous est assez récemment venue d'Amérique sous le nom de cholécystite « strowberry » que leur a donné Mac Carthy. Les rapports de ces cholécystites avec les états hypercholestérinémiques paraissent actuellement très vraisemblables depuis que dans une communication récente notre Maître M. le Professeur Gosset (1) a établi un parallèle saisissant entre cette lésion et le xanthélasma et a montré que celle-ci était due à des dépôts sous-épithéliaux de cholestérine, points de départ possibles de calculs.

Ainsi paraît se confirmer par cette étude ce que nous laissions pressentir dans notre introduction ; si le terrain,

A. GOSSET, G. LOEWY et MAGROU, sur le mode de formation des calculs biliaires de cholestérine. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*. Tome XLVII n° 33, 20 décembre 1921, p. 1391.

en effet, apparaît bien comme un facteur important chez un grand nombre de lithiasiques dans l'appréciation des résultats éloignés de la cholécystectomie, il semble bien aussi, à en juger par les suites des cholécystites non lithiasiques que, même dans les cas où il intervient, il est insuffisant pour rendre compte de tous les troubles légers ou graves observés après l'opération.

De plus, si l'intervention de ce facteur est bien démontrée chez un grand nombre de lithiasiques, chez d'autres, à en juger par les résultats de l'acte chirurgical, il nous paraît douteux même qu'il intervienne. Si des premiers le chirurgien n'est en droit d'espérer que des résultats souvent imparfaits, des autres il sait cependant qu'il peut obtenir des succès sans réserves et qui se maintiennent avec les années.

CHAPITRE IV

ESSAI DE PATHOGÉNIE DES TROUBLES ET ACCIDENTS POUVANT SURVENIR DANS LES SUITES ÉLOIGNÉES DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE

DONNÉES EXPÉRIMENTALES.

Avant d'entreprendre une explication des troubles observés dans les suites de cette opération, il nous paraît utile de rappeler aussi brièvement que possible quelques données physiologiques et expérimentales, dont beaucoup d'ailleurs sont déjà bien connues.

Modifications anatomiques constatées après l'opération.

— Dans les débuts de la cholécystectomie, les auteurs se sont attachés à établir par une série de preuves d'ordre physiologique, pathologique et expérimental l'innocuité de cette opération.

A ce dernier point de vue, qui seul nous intéressera ici, ODDI, le premier, en 1888, avait montré sur le chien un double fait très important : c'est qu'on peut observer d'une part, une dilatation parfois très prononcée des voies biliaires après l'ablation de la vésicule et que d'autre part, on peut parfois obtenir une manière de régénération du résér-

voir par dilatation secondaire du moignon du cystique. NASSE, reprenant ces expériences en 1896, sur le cobaye et sur le lapin, n'obtient pas de dilatation des voies biliaires, mais il observe dans un cas une régénération de la vésicule. La question est reprise deux ans plus tard par de Vogt sur de jeunes chiens ; ayant soin de lier le cystique au ras du cholédoque il n'aurait pas constaté de dilatation de la voie principale mais aurait obtenu dans 4 cas une nouvelle vésicule de 2 à 3 mm. de long sur 1 mm. 5 de large ; il prétend que cette vésicule néoformée provient, non plus du cystique étant donné les conditions de l'opération, mais d'une évagination localisée de la paroi cholédocienne. C'est à HABERER et CLAIRMONT, en 1904, que revient le mérite d'avoir précisé les conditions de la régénération du réservoir après cholécystectomie ; ils démontrent, en effet, sur différents animaux (chien, chat, chèvre) que pour que cette régénération soit possible, il faut qu'on ait laissé une certaine longueur de cystique. Dans tous les cas où la ligature est faite au ras du cholédoque, il n'y a pas de néoformation vésiculaire, mais on peut observer une dilatation localisée du cholédoque, au niveau de l'ancien abouchement de la voie accessoire.

La série de ces expériences, en apparence contradictoires, venaient cependant confirmer et préciser l'un des faits énoncés par Oddi, à savoir : la régénération possible de la vésicule aux dépens du cystique. Mais le deuxième fait avancé par cet auteur, soit la possibilité d'une dilatation portant sur la totalité des voies biliaires, n'était nullement confirmé. C'est HAUTEFORT (1) qui, en 1909, dans sa thèse, a apporté

(1) HAUTEFORT, *Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire.* Thèse Paris 1909.

la preuve attendue sur ce point ; il a repris les mêmes expériences sur le chien, en ayant soin d'injecter les voies biliaires à la gélatine, pour mieux mettre en évidence cette dilatation. Cet auteur a, en outre, établi nettement par ses expériences que cette dilatation ne porte que sur les voies biliaires extra-hépatiques ; jamais les canaux intra-hépatiques ne présentent trace d'ectasie.

Ces expériences prouvaient donc qu'à condition de lier le cystique au ras du cholédoque, il n'y avait pas lieu de craindre la régénération de la vésicule et que la seule modification que l'on pouvait dans ces conditions, observer après la cholécystectomie, était une dilatation de ce qui restait des voies biliaires extra-hépatiques ; on pouvait même envisager cette dilatation des voies restantes comme un phénomène de compensation remarquable tendant à suppléer à l'absence du réservoir.

Tous ces faits semblent actuellement bien établis.

Ils ont été confirmés depuis par d'autres expérimentateurs et tout récemment encore (1917), par JUDD et MANN (1). Ceux-ci ont, en outre, donné la preuve que cette dilatation était bien sous la dépendance du sphincter d'Oddi : si on détruit le sphincter, en disséquant de près le cholédoque jusque dans son segment intra-duodéal, la dilatation ne se produit plus.

Mais si les auteurs semblent bien d'accord actuellement sur ces modifications survenues après l'opération, certaines contradictions subsistent encore quant à la fréquence du fait, de même que nous possédons bien peu de précisions

(1) JUDD et MANN. — The effect of the removal of the Gallbladder, au experimental study, *Surg. Gynec obst.*, Chicago 1917, p. 437).

sur le mode d'évacuation de la bile après cholécystectomie ainsi que sur le fonctionnement du sphincter d'Oddi après cette opération. La dilatation des voies biliaires que commande la tonicité du dit sphincter, est-elle constante et supplée-t-elle vraiment la vésicule absente en assurant à l'excrétion biliaire la même discontinuité dans son débit ? N'existe-t-il pas des cas où, cette dilatation manquant en raison de l'insuffisance du sphincter, l'excrétion biliaire puisse en être troublée dans son rythme et prendre le caractère d'une excrétion continue ?

Modifications survenues dans la physiologie des voies biliaires après cholécystectomie. — Les expériences de Rost (1) sont, à cet égard, assez intéressantes. Ayant réalisé chez le chien la cholécystectomie, il étudie le mode de débit biliaire non pas par la méthode de Pawlow (abouchement à la peau de l'orifice terminal du cholédoque avec sa collerette duodénale), mais bien par fistule duodénale, ce qui ne risque pas de modifier les connections nerveuses du conduit. Cet auteur constate que l'écoulement de la bile se fait de façons différentes suivant le temps écoulé depuis l'intervention : si on examine les chiens dès les jours qui suivent celle-ci, on constate chez tous un écoulement continu de bile et de suc pancréatique par l'ampoule de Vater (V gouttes en moyenne par minute), même à jeun. Si on observe les animaux quelques mois après l'extirpation, le mode d'écoulement n'est plus le même et l'on peut, d'après lui, distinguer à cet égard deux modes de débit : une partie

(1) Rost. — Die funktionelle Bedeutung der Gallenblase. Experimentelle und anatomische Untersuchungen nach Cholezystektomie (*Mittheilungen aus der Grenzgebiete der Méd. und Chir.* Léna 1913 XXVI, p. 710-770.)

des chiens en expérience présentent encore une évacuation continue de bile, même pendant le jeûne, mais, avec des pauses de quelques minutes après lesquelles les gouttes se succèdent plus rapidement, formant en somme comme une éjaculation. Rost qualifie d'incontinents les chiens de cette catégorie. Les animaux qui restent sont devenus au contraire continents : c'est-à-dire qu'il ne s'écoule plus de bile ni de suc pancréatique à jeun ; on n'observe d'évacuation que pendant la digestion, et périodiquement ; mais les intervalles entre les différentes périodes sont plus longs que chez les chiens normaux et, d'ailleurs la quantité de bile et de suc pancréatique serait moindre qu'à l'état normal. L'examen nécropsique de ces deux groupes de chiens a montré que chez les animaux continents les voies biliaires étaient dilatées, le sphincter d'Oddi très développé en hauteur ; chez les animaux dits incontinents les voies biliaires n'étaient pas modifiées de calibre, le sphincter était court.

Ces résultats, pour intéressants qu'ils soient, n'en restent pas moins d'interprétation délicate ; ils sembleraient démontrer qu'après la cholécystectomie il existe chez le chien une inhibition temporaire du sphincter d'Oddi, d'où écoulement continu de bile ; à un stade plus tardif, une tonicité relative serait retrouvée chez les animaux dits incontinents, une tonicité parfaite chez les animaux continents, à moins que n'interviennent encore, pour expliquer ces différences dans les résultats ultérieurs, certaines variations individuelles dans le développement de cet appareil sphinctérien. Il n'est pas impossible non plus qu'en faisant la cholécystectomie, surtout en cotipant et liant le cystique au ras du cholédoque, on intéresse, sans le savoir, quelques éléments du

plexus nerveux péricholédocien qui peut-être tiennent le sphincter sous leur dépendance. On ne peut que soupçonner le fait, étant donné les notions imprécises que nous avons encore actuellement sur le mécanisme nerveux de l'excrétion biliaire à l'état normal.

D'autres expérimentateurs ont étudié la pression à l'intérieur de ces voies biliaires dilatées : Judd et Mann (loc. cit.) en particulier, ont noté dans leurs expériences, que cette pression était en général très diminuée et parfois presque nulle. Ils attribuent hypothétiquement le fait à ce que le sphincter doit se laisser forcer tôt ou tard sous l'influence d'un excès de pression, laquelle accompagnerait pour eux cette dilatation à son début. La tonicité variable du sphincter suivant les individus, expliquerait pour ces auteurs la présence ou l'absence de dilatation des voies biliaires après cholécystectomie.

Enfin, Rost a démontré chez le chien que la digestion n'était nullement troublée après la cholécystectomie : les graisses et les substances azotées sont aussi bien utilisées par l'organisme que chez les chiens normaux.

DONNÉES ÉTABLIES CHEZ L'HOMME.

I. *Modifications anatomiques après l'opération.* — On a pu vérifier chez l'homme la possibilité des 2 faits avancés par Oddi chez le chien. La dilatation du cystique équivalant à une sorte de régénération du réservoir a été observée par quelques auteurs, à l'occasion d'une récurrence de lithiasé dont cette vésicule néoformée avait été le point de départ ; mais on n'en connaît que quelques très rares observations.

Quant à la dilatation des voies biliaires, on sait que chez

l'homme on a longtemps contesté qu'elle pût être en rapport avec le seul fonctionnement du sphincter d'Oddi ; et longtemps on a admis que cette dilatation était toujours en rapport avec une modification pathologique du conduit ou de son contenu.

Actuellement, de très rares autopsies de cholécystectomisés, en particulier les trois cas que rapporte Rost dans son travail et surtout des constatations opératoires, ont permis d'établir que chez l'homme cette dilatation était possible en dehors de tout obstacle pathologique. C'est au cours de certaines réinterventions chez des malades anciennement opérées de cholécystectomie ou à l'occasion d'une cholécystectomie que ce fait a pu être démontré. En particulier, lorsque les lésions de la vésicule sont telles qu'elles équivalent à sa suppression fonctionnelle, qu'il s'agisse de cholécystite scléro-atrophique, qu'il s'agisse d'exclusion de la vésicule par calcul enchâtonné du cystique ou du col, on a été plus d'une fois surpris à l'opération de trouver un cholédoque dilaté, alors que l'exploration du pancréas était négative et que la cholédocotomie ne décelait aucun calcul à l'intérieur du conduit. John Homans (1) en rapportait récemment encore plusieurs exemples. Nous-même assistant récemment M. Hartmann dans l'ablation d'un mucocèle de la vésicule avec calcul enchâtonné du cystique, avons l'attention attirée par notre maître, sur la dilatation de la voie principale qui ne pouvait s'expliquer, son exploration étant négative, que par cette exclusion pathologique du réservoir.

(1) HOMANS (J.) — Results of cholécystectomie with particular reference to dilatation of the common duct. (*Boston Médic. and surg journal* 1920 CLXXX III. p. 283).

Ces constatations opératoires, pour intéressantes qu'elles soient, restent cependant encore trop peu nombreuses pour que nous puissions nous faire chez l'homme une idée exacte de la fréquence du fait.

2. *Modifications physiologiques.* — Quant au mode de fonctionnement de ces voies biliaires dilatées par compensation, les notions que nous avons à cet égard chez de pareilles malades sont évidemment plus imprécises encore. Cependant, DELORE et COTTE (1) ont rapporté à ce sujet une observation fort intéressante. Une malade qu'ils avaient opérée pour cholécystite, présentait une vésicule dilatée avec oblitération de l'orifice du cystique, lésion équivalent par conséquent à la suppression fonctionnelle de la vésicule : cette lésion coïncidait avec une dilatation du reste des voies biliaires extra-hépatiques, alors que l'exploration du cholédoque et de la tête du pancréas restait négative. Un drainage du cholédoque étant établi, ces auteurs, entre autres faits qu'ils analysent en détail, ont observé qu'une fois la phase post-anesthésique franchie et alors que l'alimentation était reprise, l'écoulement de la bile par le drain était très abondant dans l'intervalle des digestions, très peu abondant pendant celles-ci. Ce fait ne pouvait évidemment s'expliquer que par la conservation parfaite au point de vue fonctionnel du sphincter d'Oddi ; ce sphincter continuait donc, malgré la cholécystectomie, à obéir normalement à ces réflexes chimiques duodénaux étudiés par Paw-

(1) DELORE ET COTTE. — Remarques sur l'excrétion de la bile à l'état normal et après la cholécystectomie. *Rev. de chirurgie*, Paris 1911 XLIV 33-47).

low et à assurer ainsi l'intermittence du flux intestinal de la bile.

Pour ce qui est des recherches de Hohlweg (1) elles nous paraissent avoir un intérêt relatif : cet auteur aurait montré que dans 70 % des cas, la sécrétion d'HCl était diminuée après la cholécystectomie, que parfois même elle pouvait être complètement supprimée. Nous comptons parmi nos observations une malade se plaignant de troubles en rapport avec des adhérences, chez laquelle l'examen du suc gastrique a démontré une absence complète, d'acide chlorhydrique libre, fait qui semblerait donner raison à cet auteur (Obs. LXXVIII). Mais, Hohlweg lui-même, ne pense pas que cette constatation ait un rapport évident avec les troubles présentés par certaines opérées.

De l'importance de ces données au point de vue pratique.
— Quelqu'intéressants que soient tous ces résultats expérimentaux ainsi que ces constatations cliniques ou opératoires, il est évident qu'ils sont insuffisants pour nous faire une idée exacte de la façon dont peuvent habituellement fonctionner ces voies biliaires privées de leur vésicule.

La suppression de la vésicule par elle-même suffit-elle à compte de certains troubles post-opératoires? — Il s'en dégage en tout cas cette notion primordiale c'est que la cholécystectomie par elle-même ne détermine aucun trouble sérieux dans l'organisme. JOHN HOMANS (1), dans un travail tout récent (1920) montrait encore que chez les cholécystectomisés sans dilatation de la voie principale à l'opé-

(1) Cité par Graff et Weinert. (Loc. cit.)

(1) Loc. cit.

ration, on n'observait dans les suites aucun symptôme douloureux nouveau pouvant être rapporté logiquement à cette dilatation du conduit.

On peut se demander cependant, ces troubles douloureux mis à part, si les modifications que semble apporter dans certains cas l'opération au mode d'excrétion de la bile, ne peuvent pas expliquer quelques particularités observées chez nos opérés. Pour peu qu'on admette avec Judd que cet écoulement de la bile devient continu après la cholécystectomie, il est logique de se demander si ce mode nouveau de fonctionnement ne suffit pas par lui-même à rendre compte, sinon de certains troubles intestinaux, du moins des modifications que l'on observe dans le transit intestinal chez un assez grand nombre de malades. Pour juger de ce fait, il est évident qu'il ne faut envisager ici que les cas où ces variations dans le transit intestinal n'avaient jamais été observées avant l'opération ; la diarrhée ou la constipation sont des phénomènes trop banals chez les lithiasiques pour ne pas être ici très circonspect dans une pareille appréciation. Cependant nous avons vu, en étudiant nos opérés, que, d'une part, certains malades antérieurement constipés avaient désormais des selles normales, que d'autres avaient seulement depuis l'opération une tendance à la diarrhée, tendance dont leur santé ne souffre pour ainsi dire pas. Tout à fait exceptionnellement, c'est une diarrhée incoercible qui s'installe dès les jours qui suivent la cholécystectomie (1 cas), les selles se régularisant par la suite. Il n'est pas impossible que pour ces cas Judd ait raison en attribuant à la continuité dans l'écoulement de la bile cette diarrhée que l'on observe souvent après l'opéra-

tion. Il est possible aussi qu'interviennent encore pour expliquer ce symptôme les modifications qualitatives de cette bile de concentration diminuée et privée surtout de la plus grande partie de sa mucine du fait de l'absence du réservoir, propriétés nouvelles qui la rendent peut-être légèrement irritante pour l'intestin.

Mais n'est-ce pas en faveur de l'opération que plaident encore de pareilles hypothèses puisqu'aussi bien il s'agit là, bien rarement d'un inconvénient réel, pour ainsi dire toujours d'un bienfait pour les malades opérés !

Etude Pathogénique proprement dite

De tout ce qui précède il résulte que l'étude des faits expérimentaux ne nous apporte aucunes données permettant vraiment d'expliquer les troubles légers ou graves que l'on peut observer après l'intervention. Cette étude nous reste donc entièrement à faire. Pour l'entreprendre, nous irons des faits les plus nets, c'est-à-dire des troubles sérieux ou graves, à ceux qui le sont moins, c'est-à-dire aux troubles légers.

1° TROUBLES SÉRIEUX OU GRAVES. — Ce sont surtout ces accidents qui ont fait jusqu'ici l'objet des préoccupations des chirurgiens ; ce sont ceux dont la pathogénie est la plus facile à saisir, car ce sont les seuls pour lesquels nous ayons des données réelles, résultats de constatations opératoires, plus rarement d'autopsies. Nous reprendrons ici la classification que nous avons adoptée dès le début dans notre statistique.

a) *Troubles en rapport net avec des adhérences.* — Nous en avons étudié plus haut les modalités cliniques et nous avons dit sur quoi nous pouvions nous baser pour établir la nature de la cause essentielle qui conditonne ces accidents. Nous avons fait remarquer aussi que les constatations radiologiques sur lesquelles nous nous étions appuyés pour démontrer cette causalité, avaient pu recevoir pour deux de nos malades la confirmation opératoire. A la réintervention il nous a été possible, en effet, avec notre maître M. le Prof. Hartmann, de constater qu'il existait chez ces malades des adhérences unissant le foie au duodénum et au colon. Dans ces deux cas, il s'agissait d'adhérences très serrées, fait important d'où découleront plus loin certaines déductions thérapeutiques. La plupart des auteurs, qui parlent de ces réinterventions pour adhérence dans la chirurgie des voies biliaires, et en particulier Deaver (1) ont insisté sur ce point.

La raison de l'apparition secondaire de ces adhérences chez certaines opérées nous paraît encore bien peu élucidée. Il est de fait, sans doute, que la vésicule enlevée, le duodénum se trouve au contact même du lit vésiculaire et qu'il y a toujours là pour ce conduit des chances sérieuses d'adhérences secondaires. Toutefois, il ne faut rien exagérer ; dans presque tous les cas que nous rapportons dans ce travail, on assurait, comme nous l'avons dit, par quelques points, la péritonisation de cette surface cruentée et l'on sait avec quelle rapidité une pareille surface, ainsi traitée, cicatrise, avec quelle rapidité disparaît même à la

(1) DEEVER (J.-B.). — Operation and reoperation. (*Journal of the American Med. Assoc.*, T. XXIV, N° 16, 17 avril 1920).

vue la ligne de péritonisation. Il est certain que l'appareil de drainage et sa durée d'application peuvent avoir aussi en la matière une certaine importance : les mèches, en particulier, qu'emploient encore quelques chirurgiens, pourraient, à la rigueur, être incriminées dans l'apparition de ces adhérences pour peu qu'on en ait retardé l'ablation ; ce facteur ne peut être incriminé pour nos opérés : il n'en a pas été fait usage. Quant à la durée même du drainage, que d'aucuns ont voulu mettre en cause, il est facile de se rendre compte par la lecture de nos observations qu'elle n'a aucun rapport net avec l'apparition de ces accidents. Ce n'est donc vraisemblablement pas à des imperfections dans la technique opératoire qu'il faut attribuer le retour de pareils troubles.

Il est un point par contre que nous avons nettement établi par notre étude statistique, c'est que pour tous les malades chez lesquels de pareilles lésions étaient susceptibles de se manifester dans les suites éloignées de l'opération, on avait constaté une péricholécystite plus ou moins marquée lors de la cholécystectomie. Il s'agit donc d'adhérences anciennes qui se sont reproduites en s'exagérant le plus souvent, ce deuxième point est très important à retenir au point de vue thérapeutique.

Un fait, néanmoins, reste troublant, comme nous le disions plus haut : c'est la raison même de la reproduction de ces adhérences. Nous touchons ici à l'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie du péritoine. Comment se fait-il, en effet, que l'ancienneté de la cholécystite et de la péricholécystite n'ait aucune influence sur ce phénomène ? Comment expliquer que ni la prolongation du drainage, ni

la densité des adhérences premières, ne rendent compte de l'apparition de ces troubles tardifs ? Comment se fait-il que cette complication soit avant tout le fait des suites des cholécystites chroniques et ne se rencontre pas une fois après nos cholécystectomies pour cholécystites suppurées ?

On peut se demander, tout au moins, s'il s'agit d'un processus péritonéal évoluant pour son propre compte ou s'il ne s'agit pas au contraire, d'une réaction péritonéale témoignant d'une lésion viscérale de voisinage.

Dans la première hypothèse, il s'agirait de cette prédisposition individuelle à faire des adhérences, inhérente à certains sujets, termes bien faits pour voiler notre ignorance et qui, faute d'autres ressources, doivent suffire parfois à satisfaire l'esprit dans certains cas analogues. Ne voit-on pas parfois après l'opération la mieux conduite, pour la lésion appendiculaire la plus simple, apparaître secondairement des adhérences plus ou moins étendues, aussi décevantes pour le malade que pour le chirurgien ? Il est possible que pour la plupart des opérés dont il s'agit nous ne trouvions pas mieux pour l'instant que cette explication bien imparfaite.

Mais cependant, on peut se demander si la seconde hypothèse ne pourrait pas trouver pour certains d'entre eux une application réelle. Il nous semble en particulier que pour un de nos cas il soit permis de partager une pareille façon de voir. Nous voulons parler de la malade de l'observation n° IC. Une première chose frappe à la lecture de celle-ci : c'est la longue durée du soulagement éprouvé après la cholécystectomie (un an). Vue une première fois par nous, cette malade se plaint de brûlures d'estomac sans horaire fixe

et de troubles douloureux vagues dans l'hypochondre droit avec intolérance pour les graisses, les œufs. On pourrait croire à la persistance de certains symptômes digestifs en rapport avec l'état hépatique antérieur, d'autant qu'à cette époque (juillet 21) l'examen radiologique ne révèle rien de particulier. Mais au bout de trois mois elle revient à nouveau, souffrant bien davantage : elle se plaint désormais continuellement dans l'hypochondre droit, d'une douleur qui irradie vers le dos et la base du thorax du même côté. Cette douleur s'exagère avec les repas et revêt nettement par moments le caractère de douleur tardive. Le palper dénote une induration localisée de la cicatrice avec douleur au même point. L'examen radiologique montre un retard net de l'évacuation gastrique et il dénote que le point douloureux trouvé au palper répond à l'image du bulbe duodénal. Bien que la réaction de Meyer soit négative dans le liquide duodénal retiré par tubage, un fait nouveau attire l'attention : une hyperacidité marquée à l'examen du suc gastrique. Quoique nous n'ayons là que des signes de présomption, il est évident que les résultats de ces différents examens de même que les caractères particuliers de l'allure clinique de ces suites plaident fortement en faveur d'une lésion duodénale à l'origine vraie des accidents.

L'idée qui se dégage de ces faits présente un intérêt pratique. Elle implique la nécessité d'un examen minutieux du duodénum lors d'une intervention sur la vésicule ; à constater en effet des lésions de cholécystite et de péricholécystite marquées, on a naturellement tendance, au cours de semblables interventions, à négliger quelque peu l'examen du bulbe duodénal ; une lésion de ce viscère, une fois effec-

tuée la libération duodénovésiculaire, peut très bien passer inaperçue ; nous n'avons pas à rappeler ici l'attention qu'exige, en général la recherche d'un ulcus duodénal pour peu que celui-ci soit temporairement cicatrisé. Si on constatait une pareille lésion, il est certain qu'au point de vue thérapeutique, la gastro-entérostomie s'imposerait soit immédiatement, soit secondairement comme opération complémentaire de la cholécystectomie. Si notre hypothèse était exacte, et il n'est pas invraisemblable qu'elle le soit, il en découlerait donc que l'on serait en droit d'espérer une diminution possible des chances d'adhérences secondaire après l'opération.

Coliques hépatiques avec ictère. Récidives et pseudo-récidives de lithiase. — On sait bien, actuellement, qu'en présence d'une crise de colique hépatique typique avec ictère il ne faut pas se hâter d'incriminer une poussée de lithiase cholédocienne à l'origine des accidents. On sait bien, actuellement, que la colique hépatique n'est qu'un syndrome, qui paraît surtout dû à la contracture douloureuse des voies biliaires, et que ce syndrome peut reconnaître des causes de nature très variable.

Nous n'insisterons pas ici, sur les rétrécissements cicatriciels de la voie principale qui, pour l'opération qui nous occupe, supposent toujours à leur origine une blessure opératoire du conduit. Nous comptons un seul cas dans notre statistique où cette éventualité s'est produite ; le conduit a été aussitôt réparé et la malade revue dix ans plus tard ne présentait aucun trouble.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur certains faits

que l'on pouvait, il y a quelque 15 ou 20 ans, invoquer encore pour expliquer le retour de pareils symptômes et qui n'ont plus guère qu'un intérêt historique ; nous voulons parler des récidives de calculs sur corps étrangers, fils non résorbables, fragments de compresse, faits qui relèvent plus des suites de la cholécystotomie et de la cholédocotomie que de celles de la cholécystectomie proprement dite ; nous en dirons autant de ces calculs trouvés dans des vésicules néoformées dont on connaît quelques exemples, le cas de M. le Prof^r Lecène rapporté dans la thèse d'Hautefort, le cas de Stubenrauch, entre autres. Specht (1), dans un travail récent, attirait encore l'attention sur la rareté chez l'homme de cette dilatation secondaire du cystique après cholécystectomie.

Tous ces accidents peuvent actuellement s'éviter depuis que l'on a pris pour principe de ne jamais employer de fils non résorbables dans la pratique de cette chirurgie et que l'on a pour règle dans la cholécystectomie de s'efforcer de lier le cystique au ras du cholédoque.

Ces faits mis à part, on a été plus d'une fois surpris chez de pareils malades de ne trouver à l'intervention seconde aucun calcul dans le cholédoque : parfois ce sont des adhérences péricholédociennes, parfois une poussée de pancréatite qui paraissent responsables de la crise, souvent même c'est une simple poussée de cholédocite, véritable colique inflammatoire simple.

C'est bien de colique inflammatoire qu'il semble s'agir chez cet ancien opéré pour cholécystite non calculeuse dont

(1) SPECHT. — Sur Frage ueber die Neubildung der galleublase nach Zystektomie (*Deutsche Medezine Wochensh.* 1921 T. XLVII p. 203).

nous rapportons l'histoire (obs. XCVIII). Ce malade avait eu sa première poussée de cholécystite au cours d'une dothiéntérie ; depuis l'opération, étant au front, il a eu trois crises douloureuses avec vomissements ; l'une d'elles s'est accompagnée de subictère ; il est à noter que ces crises étaient presque toujours précédées de troubles intestinaux occasionnés chaque fois par une alimentation défectueuse ; il est très vraisemblable que ce malade a fait une poussée inflammatoire légère au niveau de ses voies biliaires, réveil possible d'un microbisme latent, à l'occasion d'une intoxication d'origine digestive. Il est probable aussi que sous l'influence de semblable irritation inflammatoire a pu se produire par surcroît un spasme réflexe du sphincter d'Oddi expliquant la brusquerie de la crise. Cette idée paraît logique étant donné l'effet immédiat de la morphine chaque fois noté par cet opéré.

Pour l'autre cas que nous avons déjà décrit et qui a trait à un ancien lithiasique, si les accidents peuvent être dus à une poussée inflammatoire simple, il est certain que chez ce dernier, en dehors de la pancréatite et des adhérences (l'examen radiologique n'a rien décelé), on peut se demander si ces coliques, en raison de leur répétition, de leur allure plus grave, de la fièvre et de l'ictère franc qui les accompagnent chaque fois, ne sont pas dues à une autre cause. Les interventions pratiquées chez de semblables malades ont permis parfois de constater dans le cholédoque, soit des calculs mous, surtout pigmentaires, soit de la simple boue biliaire. Il n'est pas impossible que ce malade fasse de temps à autre de pareilles concrétions, que le flux biliaire arrive plus ou moins à entraîner. Nous ne pouvons, évi-

demment ici, que faire des hypothèses, à la lumière des faits connus. Ce que nous voulons en déduire au point de vue pratique c'est qu'il ne faut pas se hâter en présence de pareilles crises, de conclure à la nécessité d'une intervention nouvelle.

Nous avons vu que nous comptions dans notre statistique un cas où un calcul du cholédoque a manifesté secondairement sa présence, quinze mois après la cholécystectomie et a nécessité une intervention chirurgicale. Une pareille éventualité est devenue, comme on le voit, exceptionnelle après l'opération qui nous occupe, puisque d'après notre tableau I nous la voyons représenter 1,2 % seulement des accidents secondaires. On peut rapprocher ce chiffre de celui que Kehr observait en 1911 pour ses dernières séries d'opérations sur les voies biliaires en général, chiffre qui était de 1 %. C'est à propos de pareils faits que se pose toujours la question si controversée des vraies ou des fausses récidives de calculs. Si des récidives vraies ont pu être observées après les opérations sur les voies biliaires, on sait bien actuellement, qu'en dehors des cholécotomies, c'est surtout après les opérations conservatrices ayant porté sur la vésicule. C'est avant tout après cholécystotomie que Korte a pu en démontrer la possibilité et il est évident qu'après ces opérations, la bile trouve toujours dans la voie accessoire certaines conditions de stase et de concentration que ne supprime pas absolument la fistulisation ; elle y trouve surtout, outre l'infection, dans les calculs intramuraux qui s'y rencontrent si souvent, une occasion facile de former de nouveaux calculs bien organisés, bien concrétés. Il est évident aussi qu'après cholécystectomie les conditions que

trouve la bile dans la voie principale pour former de nouveaux cholélithes, même si cette voie est dilatée, sont bien différentes ; cette voie, en effet, est dépourvue de diverticules, elle paraît être dépourvue de pouvoir de concentration ; la stase, si elle s'y manifeste, y est minime, et si la bile peut encore y trouver dans la persistance d'un état inflammatoire, certaines possibilités de précipitation, les concrétions maintenues constamment sous l'action du flux biliaire, doivent être entraînées à mesure. Ces concrétions ne doivent pas pouvoir trouver le temps de s'organiser en calculs ; il doit s'agir surtout de boue biliaire ou de calculs mous, surtout pigmentaires, comme le dit Flandin.

Aussi quand on trouve un calcul nettement constitué dans la voie principale, chez de pareilles opérées, est-il plus logique de penser qu'il s'agit de calcul oublié. Sans doute, dans notre cas, le long intervalle de santé parfaite (quinze mois) écoulé entre l'intervention et l'apparition des nouveaux accidents semble-t-il plaider au premier abord en faveur d'une néoformation calculeuse. Mais nous ignorons absolument le temps qu'il faut à un calcul pour se constituer dans la voie principale ; ce calcul pouvait exister déjà et être bien toléré lors de la cholécystectomie, un calcul aussi, ou une petite concrétion a pu s'échapper par le cystique avant la ligature de ce dernier et constituer l'amorce d'un calcul nouveau. Aussi bien la preuve qu'il s'agit vraiment d'une récurrence est-elle impossible à faire et en l'absence de celle-ci il nous paraît plus rationnel de penser qu'il s'agit d'un calcul passé inaperçu lors de la cholécystectomie.

LES TROUBLES LÉGERS. — Autrement délicate nous paraît l'interprétation des troubles légers, dont nous avons plus haut fait l'étude et dont nous avons, d'après notre série, établi la fréquence relative. Nous avons montré qu'il y avait un rapport net entre l'existence clinique de ces troubles et la constatation d'un certain degré d'insuffisance hépatique, surtout si l'on rapporte cette dernière à l'hypercholestérinémie. Mais nous avons vu aussi que les mêmes modalités cliniques se rencontraient pour ces symptômes dans les suites de la cholécystectomie, que l'on envisage les cas de cholécystite lithiasique confirmée ou ceux de cholécystite simple. Quelles que soient les difficultés que l'on ait de trancher les rapports d'une cholécystite avec la lithiasie pour les cas où des calculs n'existent pas dans la vésicule, il n'en reste pas moins vraisemblable que le facteur terrain jugé par l'hypercholestérinémie est un élément insuffisant pour expliquer la persistance de pareils troubles chez la plupart des opérés.

La persistance des troubles douloureux retiendra ici surtout notre attention. M. Chauffard faisait déjà mention de ces troubles dans ses leçons sur la lithiasie biliaire quand il parlait des « lendemains douloureux » de cette chirurgie : « Dans les cas les moins graves, dit-il, il s'agit de simples troubles de la canalisation biliaire, passagers, sans gravité réelle ; les malades ont une ou plusieurs fausses coliques hépatiques, sans fièvre, sans ictère, puis les crises douloureuses s'espacent, disparaissent, et la guérison définitive est obtenue ». Graff et Weinert envisagent dans un paragraphe spécial certains troubles douloureux, survenant sous forme de pesanteur dans le champ opératoire ou à

l'épigastre, avec irradiations dans le dos; ils reconnaissent que ces troubles sont souvent accompagnés de troubles digestifs que d'ailleurs ils ne précisent pas. Ces troubles qu'ils décrivent ainsi, sont très analogues à ceux dont nous avons fait l'étude plus détaillée. Ces derniers auteurs attribuent de propos délibéré tous les symptômes dont il s'agit à des adhérences, sans en fournir la preuve. Graff et Weinert accusent, à cet égard, le tamponnement à la Kehr d'être en grande partie responsable de pareils troubles ultérieurs et ils en concluent qu'il ne faut faire l'hépaticus drainage qu'au cas d'absolue nécessité, précisément pour éviter le tamponnement. Il semble que d'autres chirurgiens accusent aussi le même facteur quand ils parlent de ces troubles douloureux légers survivant à l'opération.

Nous croyons, pour notre part, que l'on a considérablement exagéré le rôle des adhérences dans la pathogénie de ces accidents légers et sans nier absolument leur participation possible, nous restons persuadés qu'elle n'est qu'accessoire. Tout d'abord, il est évident que la technique employée chez les opérés, dont nous rapportons l'histoire, devait mettre au maximum ces malades à l'abri des adhérences post-opératoires : pas de tamponnement, l'appareil de drainage était réduit à un simple tube de caoutchouc ; la péritonisation du lit vésiculaire était faite dans tous les cas où elle était possible. Le drain était enlevé aussi précocement que possible et notre étude statistique nous a montré que l'apparition de ces troubles tardifs, pour les cas où cette ablation avait été retardée, n'était pas conditionnée par la durée du drainage. La technique n'est donc pas en cause ici pour expliquer de pareils retours douloureux. Mais, qui

plus est, nous avons vu qu'il n'y avait aucun rapport entre l'importance des adhérences constatées à l'opération et l'apparition de ces troubles secondaires. Nous comptons nombre de malades qui avaient une péricholécystite extrêmement étendue et serrée et qui cependant sont entièrement et définitivement soulagés par l'opération, alors que d'autres qui n'avaient pas de péricholécystite ou n'avaient que des adhérences lamelleuses, se plaignent pourtant dans la suite, des troubles en question. De plus, comme le faisait remarquer Ehrhardt dans un article déjà ancien, on rencontre des cas où des douleurs vives existent avec des adhérences minimales et réciproquement, si bien que même au cas où des adhérences subsisteraient, le fait de leur présence ne suffirait pas pour expliquer toujours les troubles ressentis. Kehr, lui même, ne dit-il pas que ces adhérences tendent à devenir lâches avec le temps ? Pour sa part, comme pour nous-mêmes, il ne retrouve que 5 % de ses opérés pour lesquels des adhérences puissent être nettement incriminées.

Enfin, nous avons insisté à propos des malades de ce groupe, sur le caractère absolument négatif de nos constatations radiologiques. Nous savons bien que de pareilles observations sont indirectes et n'ont, partant, qu'une valeur relative ; cependant si des adhérences sous-hépatiques étaient assez développées pour retentir sur le cholédoque, comment ne se manifesteraient-elles pas aussi sur le bulbe duodénal accolé à ce dernier ?

Ces troubles selon nous ne sauraient relever d'une pathogénie univoque. C'est ainsi que nous avons vu que tout se bornait chez certains opérés à des picotements douloureux profonds partis d'un point de la cicatrice, douleurs

continues, sans irradiations, sans signes digestifs le plus souvent. Il est vraisemblable d'admettre que pour ces cas ultra-légers il s'agit bien d'adhérences persistantes. Mais la plupart des malades se plaignent en réalité de douleurs discontinues dans la région opératoire, survenant par périodes plus ou moins prolongées, avec intervalles de santé parfaite, pesanteurs douloureuses plutôt que douleurs vraies, avec irradiations dans le dos et très souvent l'épaule droite. De semblables états douloureux s'accompagnent fréquemment de troubles digestifs et c'est très souvent sur de pareils états que viennent se greffer des crises douloureuses sans ictère, « fausses coliques hépatiques », dit M. Chauffard. Parfois même, une poussée fébrile légère est notée par ceux qui prennent leur température. Chez celles surtout qui souffrent de douleurs à type pancréatique on trouve un endolorissement profond de la zone pancréaticocholédocienne. Il semble bien qu'il y ait lieu pour ces malades d'incriminer directement le cholédoque. Il est très possible en effet que persiste chez beaucoup de ces opérés un certain degré de catarrhe de la voie principale. On sait, en effet, combien il est fréquent d'observer au cours d'une simple cholécystectomie pour cholécystite des lésions plus ou moins discrètes de péricholédocite, semblant témoigner que cette voie principale, bien que le foyer infectieux essentiel soit à la vésicule, n'échappe pas absolument au processus inflammatoire ; les relations de la cholécystite et de la pancréatite sont également bien connues et il semble que ce soit par la chaîne ganglionnaire péricholédocienne que l'inflammation se propage d'un organe à l'autre. Sans doute cette lymphangite péricholédocienne disparaît-elle le plus sou-

vent après cholécystectomie, mais il n'est pas impossible qu'elle persiste ainsi qu'un peu de cholédocite chez certains de ces opérés.

Nous avons vu, d'autre part, au chapitre II, que chez les lithiasiques ces troubles paraissaient conditionnés dans une certaine mesure par la nature du contenu de la vésicule. C'est ainsi qu'il paraît fréquent de les constater quand de la boue ou du sable biliaire existait dans celle-ci. Il est de fait qu'en pareil cas, la voie principale doit en contenir aussi, et on sait combien cet état de la bile résiste souvent à l'hépaticus drainage le plus prolongé. Il paraît aussi fréquent de constater ces troubles après l'opération quand la vésicule contenait des calculs multiples et petits ; il est à présumer que dans ces cas un certain degré de cholédocite a dû s'établir sous le passage répété des calculs au cours des crises de coliques hépatiques. Ces facteurs doivent être pris en considération, chez les lithiasiques pour expliquer dans une certaine mesure ces retours douloureux.

La persistance de cette inflammation chronique serait d'ailleurs entretenue, outre le microbisme local, par tous les facteurs d'auto-intoxication d'origine digestive ; l'absence de régime est souvent notée chez ces malades de même que la persistance d'une constipation plus ou moins tenace. Enfin, il nous paraît que la ptose elle-même si fréquente chez ces malades doit ajouter ses effets pour favoriser le maintien de cette cholédocite en exposant quelque peu ces sujets à la stase biliaire par les coudures qu'elle peut déterminer au niveau de la voie principale dilatée, par l'atonie générale des viscères qui l'accompagne et qui n'a pas de raison d'épargner cette voie principale elle-même.

Quant aux crises douloureuses, nous croyons avec M. Chauffard qu'il s'agit toujours de fausses coliques hépatiques. Au point de vue clinique c'est bien un état léger qui tend à rester tel, s'améliore souvent et n'a jamais aucune tendance à s'aggraver. Si pour certains malades un élément infectieux paraît nettement intervenir, pour les autres leur brusquerie d'apparition, la rapidité avec laquelle ils prennent fin donnent bien à penser qu'un élément spasmodique est rarement étranger s'il n'est pas parfois prédominant dans l'apparition de pareils troubles.

C'est donc à un degré léger d'inflammation chronique de la voie principale accompagné ou non suivant les cas de pancréatite atténuée que nous croyons devoir rattacher la plupart de ces signes douloureux légers que l'on peut encore observer chez certaines malades après l'opération qui nous occupe. Nous ne saurions trop répéter au point de vue pratique que tous ces troubles nous paraissent relever avant tout d'une absence de soins médicaux et c'est bien là la notion essentielle que l'on doit en retenir.

CHAPITRE V

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous avons vu au cours de cette étude que la cholécystectomie sans drainage de l'hépatique était capable de donner, entre des mains expérimentées, des résultats éloignés remarquables puisque, exception faite des troubles légers, nous avons pu évaluer à 91,2 % pour les cholécystites calculeuses, à 85 % pour les cholécystites sans calculs le taux des résultats satisfaisants. La proportion des accidents sérieux ou graves est minime dans ces suites et on peut vraiment dire de la cholécystectomie qu'elle est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne. On doit pourtant se demander s'il n'est pas possible d'espérer réduire encore du seul point de vue chirurgical la proportion des troubles légers ou graves que l'on peut observer dans ces suites et supprimer par là même la nécessité, d'ailleurs très rare, d'une réintervention.

Tout d'abord il semble que l'on puisse diminuer encore le nombre des éventrations post-opératoires. Il est bien prouvé, actuellement, que l'on peut absolument se passer du tamponnement à la manière de Kehr dans la pratique de la cholécystectomie. Notre statistique le prouve. Ce tampon-

nement était, on le sait, un facteur important d'éventration et d'adhérences post-opératoires. Quant au choix de l'incision il paraît avoir moins d'importance que le mode de suture employé pour la réfection de la paroi ; si la suture en un plan rend service pour gagner du temps, il paraît certain qu'il ne faut l'employer que lorsque cette dernière indication l'impose et s'appliquer avec soin en règle générale à refaire méticuleusement cette paroi en plusieurs plans. On évitera sans doute ainsi ces petites éventrations localisées encore trop fréquentes.

Nous ne saurions trop rappeler aussi la *nécessité d'explorer avec soin l'abdomen*, autant que peut le permettre l'incision employée ; profiter de celle-ci pour aller à l'appendice et en faire l'ablation systématique toutes les fois où l'organe vient facilement par la plaie opératoire ; les lésions simultanées ou successives de ces organes chez les malades sont trop fréquentes pour ne pas en tenir compte ; on évitera ainsi certaines réinterventions ultérieures ; vérifier l'état de l'estomac et surtout du duodénum ; pour ce dernier en particulier avoir toujours à l'esprit la pensée de la coïncidence possible d'un ulcus duodénal et d'une cholécystite ; la découverte de cet ulcus autant que le permettrait l'état du malade serait une indication évidente à une gastro-entérostomie complémentaire qui permettrait là encore d'éviter certains retours douloureux comme nous l'avons déjà dit.

Il y a peu à espérer, au contraire, quant à la diminution des chances d'adhérences ultérieures, de la réduction de l'appareil de drainage et de sa durée d'application. Pour nos malades on se contentait, sans aucun inconvénient, d'un

simple drain ; il paraît bien hasardeux d'en supprimer l'emploi à l'instar de certains chirurgiens américains, car il y a toujours à craindre un suintement sanguin assez abondant durant les premiers jours et surtout un écoulement bilieux ou purulent et rien ne permet de prévoir d'avance si cet écoulement se produira ou non ; *la prudence nous paraît donc exiger encore le drainage systématique* ; il est évident par contre, qu'on doit tendre chez tous les opérés à en réduire autant qu'on peut la prolongation. Chez beaucoup d'entre eux on arrive d'ailleurs à supprimer le drain dans les quarante-huit heures ainsi que le prouve notre série.

Bien que la cause de ces adhérences ultérieures soit encore mal établie, il n'est pas douteux qu'il y ait toujours intérêt à assurer la péritonisation du lit vésiculaire quand elle est possible. Il semble bien que la cholécystectomie sous-séreuse soit à cet égard l'opération idéale ; il sera bon d'y recourir toutes les fois où on le pourra. Dans les cas où le péritoine vésiculaire est trop altéré pour être utilisé, dans les cas où il existe une sclérose marquée du lit vésiculaire, rendant cette péritonisation impossible, l'épiplooplastie trouverait pour nous une indication évidente car il reste capital chez ces opérés d'éviter le contact entre deux surfaces cruentées.

Enfin, *peut-on espérer supprimer complètement dans l'avenir l'éventualité d'un calcul secondaire* ? La cholécystectomie rétrograde, outre qu'elle est plus anatomique et plus sûre, comme technique, que l'ancien procédé, offre à ce point de vue un autre avantage ; c'est elle qui permet le mieux d'éviter la chute d'un calcul du cystique dans le cho-

lédoque au cours des manœuvres opératoires puisque c'est ici la ligature du cystique qui est le premier temps de l'extirpation. Ces rares faits de calcul du cholédoque après la cholécystectomie, nous rappellent encore la nécessité plus que jamais démontrée, de faire, dans tous les cas, même les plus simples, l'exploration de principe de la voie commune et de ses branches d'origine. Mais on sait que cette exploration elle-même ne met pas à l'abri de ce danger, quelque attention que l'on ait mise à la recherche de calculs problématiques ; l'exploration la plus minutieuse rend impossible la découverte de certains calculs intra-hépatiques, calculs des petites voies, qui adhèrent souvent aux parois de celles-ci, mais peuvent cependant migrer ultérieurement dans la voie principale ; l'existence de pareils calculs, bien qu'exceptionnelle est actuellement bien prouvée. Notre statistique montre que de pareilles réapparitions de calculs après cholécystectomie sont devenues exceptionnelles pour un chirurgien averti ; elle prouve bien que lorsque les indications en sont judicieusement posées, alors en particulier que l'exploration méticuleuse de la voie principale a permis d'établir que la lithiase était purement vésiculaire, la cholécystectomie met pratiquement à l'abri de pareilles récidives. On a dit que mieux que la seule exploration le drainage de l'hépatique empêchait celles-ci, en permettant aux calculs non percus de s'évacuer spontanément par le drain. Mais on peut répondre que malgré l'emploi de ce drainage le chirurgien d'Halberstadt accusait encore en 1911 dans les suites globales de ses opérations 1 % d'accidents de ce genre. Il n'y a donc pas à regretter chez aucune de nos malades de n'avoir pas utilisé cette technique complémentaire, car l'on peut di-

re qu'en l'état actuel ce chiffre de 1 % représente bien ce minimum de récidives, qu'elles soient vraies ou fausses, que les meilleurs chirurgiens soient incapables de prévenir.

Enfin, il faut penser au danger qui peut résulter pour l'avenir d'une blessure accidentelle de la voie principale et si nous n'avons pas eu à noter dans notre série d'accidents sérieux résultant d'une pareille éventualité, d'autres auteurs en ont observé : on sait que cette blessure peut être le point de départ d'un rétrécissement tardif qui a pu rendre nécessaire une dérivation de la bile par abouchement du segment proximal du cholédoque au duodénum ou à l'estomac. A cet égard, il y a lieu de faire remarquer que la loi qui commande de lier le cystique au ras du cholédoque comporte des exceptions. D'ailleurs, il semble bien que la dilatation secondaire du moignon du cystique soit exceptionnelle chez l'homme après la cholécystectomie, comme il paraît encore ressortir d'un travail récent de Specht ainsi que nous le disions plus haut. Aussi dans tous les cas où existent des adhérences péribiliaries serrées, alors qu'il est difficile de voir le point d'abouchement de la voie accessoire dans la voie commune, il nous paraît prudent, partageant en cela les idées de l'auteur précité, de sacrifier ce principe au désir d'éviter la blessure de la voie principale qu'il faut avant tout respecter.

Il est vraisemblable qu'il est impossible de prévenir chirurgicalement la plupart des troubles légers qui persistent chez certains malades après l'opération. Cependant, il n'est pas sans intérêt de rappeler que le chirurgien d'Halberstadt, chez tous les malades qui présentent de l'entéroptose, joint à la cholécystectomie une

hépatopexie complémentaire ; il prétend en retirer les meilleurs résultats chez cette catégorie de malades. Il est certain que dans les cas où le foie est nettement abaissé, ce complément de l'opération paraît tout à fait judicieux, ainsi qu'il ressort de notre exposé pathogénique. Kehr fait d'ailleurs cette hépatopexie par quelques fils unissant le foie au diaphragme au niveau du lit vésiculaire ; il fait remarquer justement que le foie en ce point est atteint dans ces cas de sclérose inflammatoire plus ou moins marquée qui augmente sa résistance et empêche les fils de couper ; la pexie en est donc grandement facilitée.

De l'importance du traitement médical après l'opération.

— Nous restons convaincus avec la plupart des médecins et des chirurgiens de la nécessité d'une étroite collaboration médico-chirurgicale avant comme après l'opération chez de pareils malades. Nous avons suffisamment insisté en effet en poursuivant l'étude sur le fait que tous ces troubles légers encore trop fréquents chez ces opérés paraissent indiscutablement relever de l'absence de soins médicaux, chez des sujets qui sont restés, malgré l'opération des « dyshépatiques » comme l'a dit M. Lecène. Notre maître, M. le Prof. Hartmann (1) a insisté aussi sur l'importance de ce traitement médical post-opératoire. Nous restons donc persuadés de l'utilité dans certains cas de la poursuite du régime et du traitement médicamenteux après l'intervention ; nous ne saurions trop insister même, pour éviter de fâcheux mécomptes, sur la nécessité de toujours préve-

(1) H. HARTMAN. — Traitement opératoire des calculs biliaires. (*Journal de Médecine et de Chirurgie* 1920 p. 473).

nir le malade de la persistance possible de certains troubles et de l'utilité pour lui de continuer à se soumettre à la surveillance d'un médecin ; nous pensons bien avec M. Lecène que « ce sont là des choses que l'on doit dire au malade et qu'il serait coupable de ne pas le faire ».

Il ne s'ensuit pas pourtant que l'état de ces opérés exige pour tous de pareils ménagements après l'opération. Si plus de la moitié présentent une hypercholestérinémie persistante, nous avons vu que l'on peut admettre que 43,3 % ont une cholestérinémie normale ; chez ceux-là le terrain jugé par cet élément humoral ne paraît pas en cause, s'il est d'ailleurs jamais intervenu dans la pathogénie de leur lithiase. Ces malades se comportent absolument quant aux suites de leur cholécystectomie comme les malades opérés pour appendicite, à en juger par la clinique autant que par les données de la chimie biologique.

Nous croyons, pour notre part, qu'il n'est plus question chez ces malades de la persistance d'une susceptibilité particulière de la cellule hépatique après l'opération ; instituer un régime chez ceux à qui l'opération par elle-même a redonné la santé la plus parfaite nous paraît sans objet.

Une difficulté dès lors subsiste : comment savoir qu'un malade se trouve dans de pareilles conditions ? Comment discerner les cas qui paraissent uniquement ressortir à un processus infectieux et localisé à la vésicule, de ceux pour lesquels ce processus est mal éteint ou pour lesquels le terrain toujours en cause doit faire craindre certains retours douloureux ? C'est au médecin qu'il appartient, selon nous, en suivant ces malades avec soin dans les premiers mois et même les premières années après la cholécystectomie,

d'apprécier la qualité de leurs guérisons au point de vue clinique ; nous croyons qu'il trouvera d'autre part chez les lithiasiques avérés, dans la recherche de la cholestérinémie chez ces patients des indications très précieuses pour établir cette distinction entre les guérisons complètes et celles qui ne sont qu'imparfaites ; nous croyons que ce renseignement donnera des indications très utiles pour décider ou non de la poursuite du traitement médical. Il en est de même au sujet de l'utilité d'une saison thermale puisque Biscons et Rouzaud ont montré que la cure thermale de Vichy en particulier faisait baisser à la fois le taux de la cholestérinémie et de la bilirubinémie.

C'est donc sous les réserves ci-jointes que nous entendons instituer chez tous ces opérés un traitement médical après l'opération.

Quant au traitement médical lui-même nous n'avons pas ici à nous y étendre, étant donné qu'il n'est pas de notre ressort. Nous le rappelons seulement dans ses grandes lignes tel que notre essai pathogénique pouvait le laisser pressentir :

Supprimer grâce à un régime strict, sur la nature duquel nous n'avons pas à insister, les auto-intoxications d'origine digestive, agir dans le même but contre la constipation, lutter contre la ptose par les moyens rationnels, combattre la stase et l'infection canaliculaire par les cholagogues et les antiseptiques biliaires, telles doivent être les directives générales de ce traitement médical bien connu. On ne manquera pas de compléter cette thérapeutique par une ou plusieurs cures hydrominérales sur l'utilité desquelles tout le monde est actuellement d'accord et dont on a jour-

nellement l'occasion de vérifier chez ces opérés les effets salutaires.

Si ces principes généraux sont en général d'application facile chez les malades de ville, il n'en est pas toujours de même pour la clientèle hospitalière. Ce sont ces malades surtout qui présentent encore ces troubles légers dont nous avons maintes fois parlé durant cette étude, le fait ressort nettement de nos relevés. Il n'y a pas lieu de s'en étonner car c'est à ces malades qu'il est le plus difficile de faire admettre qu'une opération est incapable parfois de tout guérir ; il y a là tout une éducation à faire ; c'est là surtout que le chirurgien devra encore user de tous ses moyens de persuasion pour convaincre ses opérés que même après la cholécystectomie leur santé dépend encore de soins déterminés. C'est ainsi que l'on pourra espérer dans l'avenir, grâce à une collaboration plus étroite encore entre le médecin et le chirurgien, grâce à une éducation persévérante des malades, diminuer beaucoup la fréquence des petits troubles dans les suites de la cholécystectomie.

LES RÉINTERVENTIONS. — En dehors des opérations secondaires pour affection nouvelle sans rapport avec les voies biliaires et dont nous avons déjà parlé, la question d'une réintervention peut se poser parfois chez un ancien cholécystectomisé. Elle peut se poser pour la cure d'une éven-tration post-opératoire ; nous n'avons pas à insister sur ces faits qui ne présentent pas d'intérêt particulier. Ce sont avant tout les opérations secondaires pour récurrence vraie ou fautive de calcul ou pour troubles liés à des adhérences plus ou moins serrées qui doivent retenir l'attention.

Nous avons insisté sur la prudence avec laquelle il convenait de se comporter en présence de crises de coliques hépatiques avec ictère chez ces opérées. Avant de conclure en particulier, à la nécessité d'une intervention, il faudra mettre le patient à l'épreuve attentive du traitement médical et ce n'est qu'au cas d'échec dûment constaté de ce dernier, qu'il conviendrait de prendre le bistouri. Il est très fréquent, en effet, de voir de pareilles crises céder complètement à des soins médicaux judicieux, car chez beaucoup d'opérés, ces crises hépatiques franches n'ont pas d'autres causes que des écarts de régime réitérés.

Si les crises se rapprochaient malgré ces soins, si la fièvre s'installait, si l'ictère avait tendance à devenir continu, il est évident qu'il ne faudrait pas persévérer dans cette voie et risquer de compromettre, par une temporisation désormais sans raison, le succès d'un secours chirurgical.

En cas de calcul du cholédoque, l'intervention secondaire n'offre rien de très particulier et l'absence de vésicule n'empêche pas, contrairement à ce qu'on a pu dire, de découvrir aisément la voie principale.

Nous ne comptons pas dans nos observations de réintervention pour rétrécissement du cholédoque ; Graff et Weinert en citent deux cas dans leur statistique. Il n'y aurait qu'une opération à tenter : soit la cholédocoduodénostomie, soit la cholédocogastrostomie, comme dans le cas publié par M. Dujarier (1).

La conduite à tenir en présence de troubles gastroduodénaux ou coliques en rapport avec des adhérences sous-

(1) DUJARIER. — S. (*de Chirurgie*, 29 novembre 1911 p. 1318.)

hépathiques nous paraît surtout devoir retenir l'intérêt. L'indication de ces interventions secondaires ne se présente pas nettement pour tous les malades qui souffrent de pareils troubles. Certains, en effet, n'ont que des adhérences légères et malgré quelques ennuis digestifs, arrivent en somme à vivre à peu près normalement. Mais il en est d'autres pour lesquels les troubles s'exagèrent au point d'amener la restriction de l'alimentation et le chirurgien peut avoir la main forcée par le retentissement que ne manquent pas d'avoir sur l'état général de pareils accidents à un moment donné de leur évolution. Quant à la conduite à tenir en présence de ces adhérences, elle nous paraît prêter à des considérations particulières. On serait, en effet, tenté logiquement d'essayer la libération simple des viscères fusionnées ; nous croyons, pour notre part, qu'il convient avant tout d'éviter pareille façon de faire. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, comme nous l'avons déjà dit, qu'il s'agit d'adhérences anciennes qui se sont reproduites, et qui plus est, en s'exagérant. A tenter leur libération on risque donc encore une fois de les voir reparaître. D'autre part, ce sont des adhérences très serrées ; les chirurgiens qui ont eu l'occasion de tenter un certain nombre de ces opérations secondaires en chirurgie biliaire, ont insisté sur ce point. Deaver (1), dans un travail récent, disait que dans tous les cas où il avait essayé de libérer les viscères, il avait eu des difficultés considérables dans cette séparation. On s'expose ainsi le plus souvent à des déchirures du duodénum ou du colon, de réparation difficile, qui peuvent obli-

(1) *Loc. cit.*

ger à des exérèses plus ou moins étendues. On risque donc de transformer en une opération difficile et hasardeuse, une intervention que l'on voulait simple et que l'on pensait sans danger.

Aussi croyons-nous, à l'exemple de Deaver, qu'en pareille circonstance, il est préférable de contourner l'obstacle que de s'y attaquer directement. Préférer les procédés conservateurs aux procédés radicaux, préférer en l'espèce les opérations de dérivation aux procédés de libération ou d'exérèse, tel doit être le principe qui doit guider quand on entreprend de pareilles opérations.

C'est ainsi qu'a agi M. Hartmann pour deux de ses malades qui présentaient encore des lésions de ce genre. Chez la première existaient surtout des troubles de la circulation duodénale ; on a fait une simple gastro-entérostomie en bonne place, le plus près possible du pylore ; la malade s'en est trouvé considérablement soulagée et cette amélioration s'est maintenue depuis deux mois que cette intervention a été pratiquée.

Chez la seconde, les troubles cliniques étaient exclusivement d'ordre colique ; à l'opération on a pu, comme pour la première, vérifier les données de la radiologie ; l'angle colique droit de même que la partie initiale du transverse étaient intimement fusionnés avec la face inférieure du foie. M. Hartmann a pratiqué une colo-colostomie entre le colon ascendant dilaté et le transverse très diminué de calibre. La malade est sortie de l'hôpital se déclarant également très soulagée par cette intervention.

OBSERVATIONS

CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES

80 Observations

MALADES DÉCÉDÉS DEPUIS L'INTERVENTION

OBSERVATION I

Cholécystectomie pour hydropisie calculeuse de la vésicule avec péricholécystite. Suites éloignées : mort de paralysie générale quatre ans après.

Homme âgé de 50 ans. Le malade a présenté, il y a vingt ans, une crise de coliques hépatiques. Traité il y a dix ans pour dyspepsie nerveuse, il a depuis deux ans des vomissements bilieux venant par crises. Dans ces derniers temps les crises se sont répétées au point que le malade en est arrivé à une intolérance gastrique presque absolue, même aux liquides. A l'examen on constate un malade amaigri, déshydraté ; au palper on trouve une petite tumeur sous hépatique dure, ballottante, très douloureuse.

Opération le 17 novembre 1907, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* L'estomac est sain. La vésicule adhère au duodénum. Elle est très distendue, hydropique, et contient des calculs.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Le malade n'a plus jamais souffert du foie ni de l'estomac jusqu'en 1911, époque où il a succombé à une paralysie générale (renseignements fournis par le Dr Martinelli).

OBSERVATION II

Cholécystectomie pour hydropisie calculuse de la vésicule avec péricholécystite. Mort quinze mois plus tard d'un cancer de l'estomac.

Femme de 49 ans. 2 accouchements à 38 et à 40 ans. Présente des troubles dyspeptiques vagues depuis l'enfance. Pendant le dernier hiver se plaint de faiblesse générale, de perte d'appétit, de pesanteur d'estomac avec renvois acides. Pendant le mois d'août elle se plaint de crampes d'estomac. En octobre, elle présente de temps à autre des vomissements et maigrit beaucoup. Elle dit avoir constaté depuis quatre ou cinq ans, une boule dans le ventre. A l'examen on trouve à droite de l'ombilic une tumeur arrondie, ferme, élastique. Cette tumeur est très mobile transversalement mais ne peut être abaissée. Elle présente du ballonnement et est un peu sensible au palper. La malade a en outre de la stase gastrique à jeun. L'examen du liquide gastrique montre de l'anachlorhydrie ; la réaction de Meyer est positive.

Opération le 7 novembre 1910, par M. HARTMANN. Cholécystectomie rétrograde. Vésicule très distendue, adhérente au duodénum et au pylore assez intimement. Calcul du cystique.

SUITES ÉLOIGNÉES. — En février 1911 a recommencé à vomir et à maigrir. A succombé à un cancer de l'estomac qu'elle avait certainement au moment de l'opération.

OBSERVATION III

Cholécystectomie pur cholécystite chronique avec calcul du cystique et péricholécystite. Suites éloignées : morte hémiplegique onze ans et demi après.

Femme âgée de 44 ans. Souffre depuis 1904. A eu dans l'intervalle de ses grossesses (8 enfants) des crises douloureuses en tous points semblables à celle du 27 mars 1910, pour laquelle elle entre à l'hôpital. Le 27 mars elle a été prise brusquement, à 11 heu-

res du matin, de violentes douleurs épigastriques avec vomissements verts. Le surlendemain soir après dîner, nouvelle crise avec douleur dans le côté droit. Elle n'a jamais eu d'ictère et ne souffre d'aucuns troubles dyspeptiques dans l'intervalle des crises, bien que mangeant beaucoup. Au palper, dans l'inspiration profonde, on sent un petit noyau induré, très douloureux, avec empâtement périphérique, à cinq travers de doigt à droite de l'ombilic.

Opération le 7 avril 1910, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* Vésicule aux parois épaissies, adhérente au colon et à l'épiploon. Un calcul, senti dans le cystique, est refoulé dans la vésicule. Un point sur le lit hépatique. On limite le foyer opératoire en rapprochant par quelques catguts l'épiploon du foie. La surface muqueuse de la vésicule est brunâtre et recouverte par places d'exsudats fibrineux verdâtres.

Suites immédiates simples : Ablation de la mèche le 11 avril. Ablation du drain le 16 avril.

SUITES ÉLOIGNÉES. — S'est bien trouvée des suites de son opération. Décédée le 26 novembre 1921, des suites d'un hémiplegie compliquée d'escarrhes.

OBSERVATION IV

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : mort huit mois plus tard de cancer du foie (?)

Femme de 50 ans. Première colique hépatique sans ictère, à l'âge de 30 ans. Se porte bien de 30 à 36 ans. A 36 ans la malade présente une série de crises durant quelques mois. A 38 ans, six mois après un accouchement, elle a une nouvelle crise avec ictère passager. A 44 ans elle fait une poussée d'ictère sans crise douloureuse. Cet ictère dure un mois. Depuis octobre 1911, la malade souffre dans le dos et les régions sus-claviculaires et depuis deux mois elle se plaint d'une douleur continue dans l'hypochondre

droit. On sent au palper une tuméfaction sous-hépatique. 6 enfants.

Opération le 19 juillet 1912, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col*. Vésicule cachée par l'épiploon et le colon adhérents au foie qui déborde le rebord costal. La vésicule est volumineuse, ses parois sont épaissies. Le lit hépatique de la vésicule est fibreux. A la coupe la paroi présente des abcès interstitiels. La surface muqueuse est tomenteuse, végétante au niveau du fond de l'organe. La vésicule contient 71 calculs.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Décédée le 23 mars 1913 avec un foie gros, une température à 38°, un peu d'ascite, du subictère.

OBSERVATION V

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péri-cholécystite. Suites éloignées : mort 4 ans plus tard de broncho-pneumonie.

Femme de 54 ans. Depuis l'âge de 7 ans souffre de temps à autre de crampes d'estomac soit après excès alimentaires, soit à l'occasion de simple contrariété ; ces crampes s'accompagnent d'une sensation de barre transversale et de ballonnement à l'épigastre. Le 31 juillet 1912, après avoir mangé du poisson frit, est prise d'une douleur brusque à l'épigastre sous forme de tiraillements, de « tortillements ». Cette douleur persiste du 31 juillet au 10 août avec exacerbations nocturnes, sans vomissements ni ictère. Malade habituellement constipée. Au palper on sent une masse piriforme, recouverte par une masse plus dure qui semble être le foie.

Opération le 12 août 1912 par M. LECÈNE. *Incision transversale. Cholécystectomie rétrograde*. Décollement difficile de la vésicule (sclérose et adhérences). Vésicule très épaisse, contenant un liquide mucopurulent et 260 calculs à facettes, de la taille d'un bouton de bottine.

Suites immédiates : écoulement de bile le 16 août. Ablation du drain le 18 août. Sortie le 28 août.

SUITES ÉLOIGNÉES. — La malade se portait très bien depuis l'opération, elle ne souffrait plus jamais du ventre. Elle est décédée en 1916 d'une bronchopneumonie.

OBSERVATION VI

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique avec péri-cholécystite. Mort plus de six ans après d'un cancer du tube digestif.

Homme de 65 ans. A présenté 7 ans auparavant des coliques hépatiques (douleurs brusques sous le rebord costal droit sans vomissements, durant au début 2 heures). Les crises survenaient à raison de 1 tous les 3 ou 4 mois. Dans la suite elles deviennent plus fréquentes (tous les 2 mois) et plus prolongées (10 à 12 heures). Jamais le malade n'a présenté d'ictère. Le 11 août 1913, après une crise analogue le patient conserve une douleur continue avec défense musculaire et météorisme. Au palper on sent une tuméfaction arrondie sous le foie.

Opération le 25 septembre 1913, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde.* Vésicule grise, distendue, adhérente au colon, contenant 220 cc. de liquide citrin, trouble, et 19 calculs dont l'un dans le cystique. Les parois de la vésicule sont épaissies, la muqueuse est très rouge.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Le malade ne présente aucun trouble hépatique, ni gastrique, jusqu'en février 1919. A ce moment, le malade commence à ressentir des picotements dans la région de la cicatrice, puis des sensations de déchirement. La douleur, non modifiée par les repas, est augmentée par les mouvements. En octobre 1919, on sent, un peu au-dessous de la partie inféro-externe de la cicatrice, dans la profondeur de la paroi, une induration arrondie du volume d'une grosse bille ; cette induration se continue dans une sorte de cordon sensible à la pression. Le 8 octobre 1919, résection par M. Hartmann d'une tumeur de la partie profonde de la paroi avec épiploon adhérent. Guérison opératoire. Mais il per-

siste des douleurs avec constipation et parfois de petites crises d'obstruction intestinale avec vomissements. Mort le 10 décembre. L'examen microscopique de la tumeur enlevée a montré un épithélioma de type gastrique ou intestinal.

OBSERVATION VII

Cholécystectomie pour cholécystite calculéuse chronique. Ablation de l'appendice. Suites éloignées : mort plus de 4 ans après de tuberculose pulmonaire.

Homme de 39 ans. A 18 ans, est pris d'un embarras gastrique dont il se rétablit péniblement. Il reste anémique à la suite de cet accident et sujet aux palpitations. En 1897, il a quelques douleurs abdominales de temps à autre. Vers 1907-1908, souffre assez souvent de petites douleurs dans l'épigastre et l'hypochondre droit. En avril 1912, survient une crise douloureuse dans l'hypochondre qui se reproduit à 15 jours puis à 2 mois d'intervalle. En septembre 1913, crise de diarrhée qui se renouvelle en novembre, suivie cette fois de gêne et de sensibilité dans l'hypochondre. Durant le même mois, nouvelle crise douloureuse avec vomissements à laquelle fait suite une douleur continue, dans la région hépatique. Au palper on constate une tuméfaction douloureuse dans la région vésiculaire.

Opération le 18 novembre 1913, par M. HARTMANN. Cholécystectomie rétrograde et appendicectomie. La vésicule contient une bile épaisse, noirâtre et un calcul muriforme du volume d'une bille ; sa face interne est aréolaire ; elle donne l'impression d'un gâteau de cire avec ses alvéoles.

SUITES ÉLOIGNÉES. — N'a plus jamais souffert du foie depuis l'opération. Mais en septembre 1914, la malade a commencé à souffrir de troubles intestinaux sous forme de crises de semi-obstruction avec coliques, borborygmes, vomissements. Le 28 mai 1916, M. Hartmann pratique une exclusion unilatérale de l'intestin avec résection de la terminaison de l'iléon qui est le siège de plusieurs

rétrécissements tuberculeux. Il existait en même temps de la tuberculose du cœcum et du colon ascendant. Les troubles intestinaux cessent jusqu'à la mort qui survient le 1^{er} février 1918, à la suite de tuberculose pulmonaire. L'examen histologique des lésions intestinales a montré qu'il s'agissait bien de tuberculose.

OBSERVATION VIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péri-cholécystite. Suites éloignées : Mort 4 ans et demi après l'opération de cancer probable du foie.

Femme âgée de 33 ans. Début brusque 7 mois auparavant, en pleine santé, par des douleurs violentes à l'épigastre avec vomissements ; de l'ictère apparaît le lendemain. Pendant six mois surviennent des crises douloureuses nécessitant deux injections de morphine par jour pendant leur durée. A l'examen la malade présente du subictère. On réveille une douleur en enfonçant les doigts sous le rebord costal. Signes de pleurésie gauche à l'auscultation.

Opération le 10 août 1916, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie* d'avant en arrière ; de nombreuses adhérences lamelleuses unissent la vésicule au colon et à l'épiploon. La vésicule est flasque, contient de la bile et un petit calcul.

Le hile du foie est couvert de veines volumineuses, turgides. Le cholédoque n'est pas dilaté. Mèches au contact du lit vésiculaire qui saigne. Drain.

Suites immédiates. Ablation des mèches le 13 août ; ablation du drain le 9 septembre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Renseignements reçus du mari le 24 juillet 1921 : Depuis l'opération, la malade a constamment souffert de troubles gastriques et de « mal au foie ». Décédée le 19 janvier 1921 d'une tumeur du foie.

OBSERVATION IX

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse aiguë suppurée avec péricholécystite. Morte 3 ans après de cancer de l'estomac.

Femme de 52 ans, souffrait depuis plusieurs années de digestions difficiles suivies parfois de vomissements. Le 11 septembre 1911, en revenant d'Evian, elle présente une crise douloureuse gastrique. Dans les premiers jours de novembre est prise à nouveau de malaises gastriques, avec douleur violente et continue de l'hypochondre droit et frissons. Au palper on trouve une tuméfaction douloureuse sous-hépatique descendant vers le flanc. La malade a du météorisme abdominal, une température à 38.8, pas d'ictère. Les vomissements se répètent et on décide d'intervenir.

Opération le 5 décembre 1911, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* Vésicule grisâtre, épaisse, adhérente à l'épiploon et au colon. Elle contient 300 cc de pus et deux gros calculs. Il existe, en outre, quelques calculs plus petits dans le cystique.

SUITES ÉLOIGNÉES. — La malade n'a plus jamais souffert du foie depuis l'opération mais, en 1914, elle se plaint de symptômes nouveaux en rapport avec un cancer de l'estomac auquel elle ne tarde pas à succomber.

MALADES COMPLÈTEMENT SOULAGÉS PAR L'OPÉRATION

OBSERVATION X

Cholécystectomie pour mucocèle de la vésicule avec calcul du bassinet, sans péricholécystite. Suites éloignées 1 an $\frac{1}{2}$.

Homme de 29 ans. Le malade présente une série de coliques hépatiques sans ictère de 1899 à 1903. Depuis, une dernière crise

plus forte que les autres, en 1903, n'a plus présenté que des coliques frustes. En 1904, il a pour la première fois constaté la présence d'une tumeur dans le côté droit. Au palper, on trouve une tumeur sous hépatique du volume du poing, sensible, un peu mobile. Pigments biliaires dans les urines.

Opération le 2 octobre 1905, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col*. Vésicule sans adhérences, contenant 510 cc de liquide opalescent, légèrement jaunâtre, un calcul du volume d'une olive au niveau du col.

Suites immédiates très simples. Ablation du drain le 8 octobre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en avril 1907 et en septembre 1908. Le malade n'a jamais souffert depuis l'opération. Santé parfaite.

OBSERVATION XI

Cholécystectomie pour mucocèle de la vésicule avec calcul du bassin et résection d'un adénome du foie. Suites éloignées : trois ans.

Femme de 41 ans. En automne 1915, présente un ictère dont elle est longue à se remettre. Depuis ce moment, est sujette aux pituites, à des troubles digestifs. En 1918, suppressions des règles. On pense à une grossesse. Au palper : à droite et au-dessous de l'ombilic, on sent une tumeur arrondie, bien délimitée en bas, se continuant en haut avec le foie, indolente ; le foie est augmenté de volume, basculé et abaissé.

Opération le 13 novembre 1918, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde* et résection d'un adénome du foie du volume d'une petite pomme. Mucocèle de la vésicule avec calcul obturant le bassin.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en 1922 (janvier) : s'est toujours très bien portée depuis l'opération.

OBSERVATION XII

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs vrais, avec péricholécystite. Suites éloignées, cinq mois

Femme de 49 ans. Depuis six ans a des crises se répétant 10 à 12 fois par année. Le 23 septembre crise avec fièvre et vomissements bilieux. Ventre surchargé de graisse. Tuméfaction arrondie, douloureuse, à droite de la ligne médiane.

Opération le 26 septembre 1904, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* Vésicule adhérente, contenant une masse pâteuse, jaunâtre, assez consistante par places.

Suites immédiates. Simples suppression du drain le 2 octobre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — *Revue le 18 février 1905.* Va bien. N'a plus jamais eu de crises douloureuses mais présente de temps à autre du hoquet.

OBSERVATION XIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées trois ans

Femme de 28 ans. Début le 20 avril 1904, au cours d'une deuxième grossesse par une crise douloureuse dans l'hypochondre droit ; cette crise apparaît 4 heures après le repas. Les crises se répètent le 24 et le 28, la dernière s'accompagnant d'irradiation à l'épigastre et dans l'épaule. Ces crises ne sont pas suivies d'ictère. Depuis la dernière crise la malade garde une douleur sourde dans l'hypochondre droit. A l'examen : tuméfaction sous-hépatique ballottante et douloureuse au palper.

Opération le 20 juin 1904, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* Le vésicule adhère à l'épiploon et au colon. Après libération et ponction on y sent des petits calculs ; le coude du cystique en contient également une série.

SUITES ÉLOIGNÉES. — *Revue en juin 1907.* Etat parfait depuis l'opération. Cicatrice sans éventration.

OBSERVATION XIV

Cholécystectomie pour cholécystite chronique avec calculs et péricholécystite. Appendicectomie. Suites éloignées : Seize mois.

Femme de 38 ans. Depuis huit ans, souffre, après les repas, pendant plusieurs heures, de malaises avec sensation d'étouffement. Depuis octobre 1905, se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit, surtout la nuit ; ces douleurs s'exagèrent dans le décubitus latéral droit. A la suite d'une ingestion d'huile d'olives elle a rendu, après de violentes douleurs, une série de calculs à facettes. Son état a été aggravé par une saison faite à Vichy. A l'examen, on trouve une douleur au point appendiculaire, une autre au point vésiculaire. Il y a du clapotage gastrique. L'examen des urines décèle de l'indican et de l'urobiline.

Opération le 20 février 1907, par M. HARTMANN. Cholécystectomie du fond vers le col et appendicectomie. La vésicule présente quelques adhérences. Elle contient une bile épaisse, noirâtre et de petits calculs. Appendice très long, replié, adhérent.

Suites immédiates. Drain enlevé le 24 mars.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu le 21 juin 1908, la malade est très bien portante. Elle a une légère éventration.

OBSERVATION XV

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans péricholécystite, avec calcul du cystique. Suites éloignées quatorze ans

Femme âgée de 29 ans. Début il y a deux ans et demi, deux mois après un accouchement ; à vingt-deux heures la malade est prise d'une douleur violente dans l'hypochondre droit, irradiée à l'épigastre et dans les omoplates (surtout la droite) avec ballonnement, vomissements ; cette crise est suivie d'abattement pendant 2 ou 3 jours. Les crises se répètent tous les deux mois. Il y a trois mois, après une poussée d'urticaire, nouvelle crise plus

violente avec ictère ; crises successives depuis. A l'examen : douleur sous-hépatique avec défense. Rein mobile. Clapotage gastrique.

Opération le 29 mai 1907 par M. LECÈNE. Vésicule sans adhérences, présentant un calcul enchâtonné dans le cystique.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue à deux reprises en janvier 1912 et en juillet 1921 : n'a jamais eu le moindre trouble digestif ni hépatique depuis l'opération.

OBSERVATION XVI

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées onze ans

Femme de 36 ans. Il y a 17 ans, pendant les quinze derniers jours d'une grossesse, éprouve des douleurs sous le sein droit. Trois ans après, elle présente des petites crises de coliques hépatiques se répétant tous les 7 ou 8 mois. Il y a 7 ans, crises répétées survenant après le dîner, durant presque toute la nuit, accompagnées de nausées. Depuis deux ans elle a une crise toutes les fois qu'elle prend un laxatif. Les crises débutent subitement, atteignent leur acmé en une à deux heures ; elles se caractérisent par une douleur sous le sein droit s'irradiant vers l'épigastre et en arrière de l'épaule, avec vomissements. Pas d'ictère. Au palper on trouve une douleur à la pression du gril costal au-dessous du sein droit et à la pression de l'abdomen sous le foie.

Opération le 11 décembre 1907 par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* Vésicule tendue, saillante en avant, présentant quelques adhérences. Elle contient un liquide filant, transparent et 9 calculs. Il existe sur sa face interne des replis sailants comme dans une vessie à colonnes. La partie voisine du col est ulcérée.

SUITES ÉLOIGNÉES. — *Revue en 1921.* N'a jamais eu le moindre trouble hépatique ou digestif depuis l'opération.

OBSERVATION XVII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : dix mois

Homme de 56 ans. Début il y a 3 ans par une crise de coliques hépatiques violentes sans ictère. Depuis 3 mois, il présente une douleur vive dans l'hypochondre droit, augmentant par les mouvements, non influencée par la digestion. Il existe une voussure au-dessous du rebord costal droit ; à la palpation on sent au même point une plaque indurée et douloureuse.

Opération le 9 février 1909, par M. LECÈNE. Vésicule extrêmement adhérente à la paroi, contenant un calcul du volume d'un œuf de pigeon. Il y a de la périhépatite. Tamponnement du lit vésiculaire qui saigne. Drain.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu le 19 décembre 1909, le malade n'a présenté depuis l'opération aucun trouble hépatique ni digestif.

OBSERVATION XVIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : onze ans et demi

Femme de 39 ans. Elle avait depuis 14 ans des petites crises de coliques hépatiques de temps à autre. En 1908, elle fait une crise avec subictère et fièvre. En octobre 1909, poussée de péritonite à laquelle succèdent des crises rapprochées. 4 enfants.

Opération le 30 avril 1910, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* L'épiploon est adhérent au foie. La vésicule est encastrée dans sa fossette hépatique ; ses parois sont fibreuses, épaisses ; elle contient des calculs. L'origine du cystique forme une virole de consistance pierreusé.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 7 décembre 1918 et en décembre 1921. La malade se porte très bien depuis l'opération et ne suit aucun régime.

OBSERVATION XIX

Cholécystectomie consécutive à une cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec calcul du cystique et péri-cholécystite. Suites éloignées : treize mois.

Femme de 51 ans. Cholécystectomisée le 12 mai 1898 par M. HARTMANN. La vésicule adhère au pylore et au grand épiploon. La ponction ramène 250 cc. de bile vert-noirâtre, trouble. Il existe un calcul du cystique que l'on fait remonter dans la vésicule. La culture de la bile a décelé du colibacille.

Depuis lors la malade conserve une fistule qui s'ouvre et se ferme alternativement et donne issue à un liquide clair, visqueux, malgré une tentative de fermeture de cette fistule faite le 29 janvier 1902.

Opération le 5 septembre 1911, par M. LECÈNE. Cholécystectomie en partant du trajet fistuleux. Vésicule petite, scléreuse, contenant un calcul du volume d'une olive, dans le bassinnet. Pas de bile.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en octobre 1912, la malade se porte bien. La fistule est tarie.

OBSERVATION XX

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : neuf ans et demi

Femme de 43 ans. Début il y a 3 ans par une douleur dans le flanc droit, survenant la nuit, quand la malade se retournait dans son lit. En avril 1910, première crise douloureuse ; à l'occasion d'une émotion elle éprouve une violente douleur à l'épigastre, avec correspondance dorsale, douleur calmée par une injection de morphine. En août 1911, deuxième crise accompagnée cette fois de subictère ; crises répétées en novembre et décembre. Le 11 mars 1912, dernière crise violente dans le flanc droit à la suite de laquelle elle reste alitée. Douleur au point vésiculaire au palper.

Avait contracté à 20 ans une scarlatine à la suite de laquelle elle avait ressenti des douleurs vives dans la partie droite du ventre.

Opération le 28 mai 1912, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Epiploon et transverse adhérent au foie, le colon ascendant à la paroi abdominale antérieure. La vésicule est petite, scléreuse et contient un gros calcul et deux petits.

Suites immédiates. — Simples. Ablation du drain le 3 juin.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 13 avril 1920 et le 17 décembre 1921. La malade n'a jamais souffert de la région opératoire depuis l'opération et ne présente aucuns troubles digestifs. Mais elle a beaucoup toussé et a vu au bout de quelque temps se produire une petite éventration à la partie externe de la cicatrice.

OBSERVATION XXI

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique sans péri-cholécystite. Appendicectomie. Suites éloignées : huit ans et demi.

Femme de 22 ans. Début il y a un an par une crise douloureuse dans l'hypochondre droit avec crampes d'estomac et vomissements durant 15 ou 20 minutes. Elle présente peu de temps après une 2^e crise durant 24 à 48 heures. En août 1912, forte crise avec ictère. Depuis cette époque série de petites crises. En janvier 1913, elle a de l'oppression quand elle monte un escalier ; on constate un certain état de nervosité. Le pouls est fréquent. A l'examen : douleur au-dessous du rebord costal droit. Augmentation de volume du foie surtout au niveau du lobe droit.

Opération le 25 juillet 1913, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde et appendicectomie*. La vésicule ne présente pas d'adhérences ; elle est un peu grise et contient de petits calculs.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en décembre 1921. Mariée en août 1915 ; s'est toujours très bien portée depuis l'opération.

OBSERVATION XXII

*Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec
péricholécystite. Suites éloignées : huit ans et demi*

Homme de 40 ans. Début en janvier 1899 par une crise douloureuse subite, très violente, à l'épigastre, durant 4 heures. Dans la suite souffre souvent de malaises et de brûlures épigastriques. Plusieurs crises en 1900. En 1903, crise plus violente avec ictère et vomissements. De 1903 à 1913 période de simples malaises gastriques. En juin 1913, crises répétées. A l'examen, douleur au point vésiculaire à la palpation.

Opération le 12 août 1913, par M. LECÈNE. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule scléreuse, adhérente aux organes voisins, contenant du mucus et 10 calculs dont un est enclavé dans le cystique.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu le 12 décembre 1921. Le malade n'a plus jamais eu le moindre trouble depuis l'opération, pourtant il ne suit aucun régime et exerce un métier très fatigant, le forçant à porter des charges assez fortes. Cicatrice *transversale* de l'hypochondre droit, présentant à sa partie externe une *éventration importante* admettant l'extrémité de quatre doigts. Cette éventration était apparue immédiatement après l'opération et a augmenté progressivement dans la suite. Elle ne gêne pas le malade dans son métier. Le malade est sujet par moments à une sensation d'étouffement avec palpitations. L'auscultation du cœur dénote un bruit de galop.

Cholestérinémie 2 gr. 50.

Urines : Albumine : 0 — ; sels biliaires : 913 — ; urobiline : 0.

OBSERVATION XXIII

*Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique. Suites
éloignées : six ans*

Femme de 36 ans. Début brusque par une crise douloureuse épigastrique il y a dix ans. Depuis, elle est souvent réveillée par des

douleurs avec sensation d'étouffement. Digestions difficiles avec éructations gazeuses. Elle a eu, il y a 8 ans, une poussée d'ictère. L'examen du suc gastrique alors pratiqué dénote une diminution de l'Hcl libre et une augmentation de la chlorhydrie.

Opération le 16 juillet 1915, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule contient un calcul du volume d'une noisette au milieu d'une quantité de petits, avec une bile dorée. Fermeture sans drainage. *Suites immédiates* : sans incident.

SUITES ÉLOIGNÉES. — *Revue* le 31 juillet 1921. La malade est entièrement soulagée depuis l'opération et ne présente aucuns troubles digestifs. Elle mange de tout sauf des œufs, le seul aliment qu'elle ne puisse digérer.

Cholestérinémie : 1 gr. 65.

Urines : sels biliaires : 931 — ; urobiline : 0 — ; albumine 0.

OBSERVATION XXIV

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique sans péricholécystite. Suites éloignées : six ans

M. X... 58 ans. Depuis deux ans a eu une série de crises douloureuses dans l'hypochondre droit avec irradiations épigastriques et dorsales, laissant dans leur intervalle une gêne locale.

Opération le 21 octobre 1915, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. On trouve une vésicule augmentée de volume, sans adhérences, contenant du mucus et 11 calculs mûrifomes du volume d'une noisette.

SUITES ÉLOIGNÉES. — *Revu* le 23 décembre 1921. Le malade s'est toujours très bien porté depuis l'opération, sans présenter le plus léger trouble.

OBSERVATION XXV

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique. Suites éloignées : six ans

D. X..., 59 ans.

Opération le 12 décembre 1915 par M. HARTMANN. *Cholécystec-*

tomie rétrograde. Vésicule distendue ; elle contient 150 cc de liquide grisâtre, plusieurs petits calculs et un gros calcul dans le bassinnet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en 1921. Le malade n'a pas eu le moindre trouble gastrique ni hépatique depuis l'opération. Entre temps, en 1918, il a été opéré d'un phlegmon de la fosse ischio-rectale.

OBSERVATION XXVI

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique sans péricholécystite. Suites éloignées : six ans

Femme de 32 ans. Opérée d'appendicite quatre ans auparavant. Il y a deux ans, première crise douloureuse à début brusque ; les douleurs siègent à l'épigastre et dans l'hypochondre droit avec irradiation dorsale. Depuis septembre les crises se rapprochent et s'accompagnent de vomissements. Ballotement sous-hépatique douloureux. 1 grossesse.

Opération le 27 janvier 1916, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde* : Vésicule sans adhérences, contenant de nombreux calculs.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en janvier 1922. S'est toujours très bien portée depuis l'opération.

OBSERVATION XXVII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : deux mois

Femme de 42 ans. Trois crises douloureuses de 22 à 25 ans. 2 grossesses successives à 25 et à 26 ans ; à 28 ans 3 crises, à 30 ans crise très violente à la suite de laquelle elle subit l'appendicectomie. Les crises continuent. Ces crises sont précédées par du météorisme abdominal ; elles débutent deux ou trois heures après le

repas par une douleur dans l'hypochondre droit avec irradiation à l'épigastre et derrière l'épaule. On sent au palper, sous la partie supérieure du grand droit, une masse douloureuse sous-hépatique à contours arrondis, bien délimitée en bas, moins bien en dedans et se perdant en haut sous le rebord costal.

Opération le 21 août 1917 par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule adhère au colon ; elle est de coloration grisâtre, contient de la bile et un calcul unique. La bile est stérile à l'examen bactériologique.

Suites immédiates. Abcès de la paroi le 19 août. Ablation du drain le 8 septembre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 18 octobre 1917. La malade va très bien depuis son opération.

OBSERVATION XXVIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : quatre ans

Homme de 61 ans, goutteux, a de temps en temps des digestions difficiles. Il a depuis quelques années des crises douloureuses épigastriques à début brusque ; ces crises sont assez violentes pour nécessiter une injection de morphine. Il a eu dans ces derniers temps des crises en série avec amaigrissement, subictère, augmentation de volume du foie. A la palpation on perçoit une tuméfaction arrondie sous-hépatique, ballottante.

Opération le 15 septembre 1917, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col*. Vésicule très tendue, très dure, adhérente au colon, à la paroi abdominale, au diaphragme, par un bloc calleux que l'on doit sculpter avec le bistouri ; il existe du muco-pus entre la vésicule et le foie. Le canal hépatique passe en avant du cystique. La vésicule est sur-distendue par une masse de calculs ; sa plus grande partie est souple ; seul son fond est calleux. La culture du muco-pus est restée stérile.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu le 20 décembre 1921. Le malade n'a

jamais eu le moindre trouble gastrique ni hépatique depuis son opération.

OBSERVATION XXIX

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : trois ans

Femme de 65 ans. Soignée pour de la gastralgie depuis 30 ans, albuminurique depuis 8 ans. Depuis 2 ans, elle restreint son alimentation par crainte de douleurs. Celles-ci surviennent quelques heures après le repas et durent plusieurs heures. Il y a 9 jours, a eu une crise plus violente sans vomissements. A jeun elle ne souffre pas. Dans ces derniers jours est apparue une grosseur dans le côté droit. Au palper : tumeur sous-hépatique, arrondie, bien limitée en bas, se confondant en haut avec le foie, sensible à la pression.

Opération le 6 février 1918, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde* ; vésicule volumineuse, adhérente au colon. Elle contient des calculs et 180 cc d'un liquide grisâtre ; ce liquide se décante en deux couches : 1 superficielle trouble, 1 profonde, floconneuse. Ce liquide est stérile.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en janvier 1922. Santé parfaite depuis l'opération ; aucun trouble gastrique ni hépatique.

OBSERVATION XXX

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : trois ans et demi.

Femme de 49 ans. A l'âge de 28 ans, éprouve brusquement, quinze jours après un accouchement, une crise douloureuse, violente dans l'épigastre et l'hypochondre droits avec vomissements. Depuis, la malade a constamment souffert de l'épigastre, ayant des crises à l'occasion du moindre écart de régime.

Jamais d'ictère. A l'examen, avant l'opération, on constate du côté droit, au niveau de la partie supérieure du grand droit, une douleur avec contracture localisée ; on sent au palper une tuméfaction arrondie, sous-hépatique. Scarlatine et rougeole dans l'enfance. Deux grossesses.

Opération le 28 avril 1919, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule distendue, grisâtre, aux parois épaissies, adhérente au colon et à l'épiploon ; la ponction donne issue à 70 cm³ de liquide mucopurulent. Pendant le décollement du lit hépatique doublé d'une couche résistante d'apparence fibreuse, on ouvre au niveau de celle-ci une petite cavité remplie de pus crémeux. La vésicule est pleine de calculs.

Suites immédiates : très simples. Ecoulement léger de sang. Ablation du drain le 3 mai.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Nouvelles reçues le 19 décembre 1921. La malade se déclare entièrement soulagée depuis l'opération. Elle n'a plus présenté aucunes douleurs, aucuns troubles dyspeptiques et pourtant elle ne suit aucun régime.

OBSERVATION XXXI

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique à forme scléroatrophique. Suites éloignées : un an et demi

Femme âgée de 35 ans, 1 enfant. Début en janvier 1915 brusquement par une douleur atroce dans l'épigastre et l'hypochondre droit ; cette douleur se calme au bout de quelques heures. De janvier 1915 à novembre 1917, souffre de douleurs intermittentes, l'appétit étant conservé. Elle présente alors deux ou trois heures après les repas des douleurs dans l'épigastre et dans le côté droit avec irradiations dorsales. Ces douleurs ne sont calmées ni par les aliments, ni par le bicarbonate de soude. Les crises durent quelques jours. A l'examen du ventre on trouve une douleur au point vésiculaire au palper. A jeun le tubage gastrique ne ramène aucuns débris alimentaires. L'examen du suc gastrique après

repas d'épreuve donne le résultat suivant : A = 306 — H = 124
af = 58 — C = 124 — T = 328 F = 80.

Opération le 7 juin 1920. Cholécysectomie rétrograde. M. HARTMANN. Vésicule rétractée, scléreuse, bourrée de calculs.

Suites immédiates : Ablation du drain le 10 juin mais ascension de température à 38,5 les jours suivants. D'où rétablissement du drainage le 16 juin. Suppression définitive du drain le 20 juin.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 19 décembre 1921. La malade se déclare entièrement soulagée depuis l'opération. Elle ne suit aucun régime, malgré les avis reçus.

Cicatrice souple, sans éventration. Aucune zone douloureuse au palper. *Cholestérinémie* : 1 gr. 87 par litre. Urines : Tu = 821. Urobiline : 0.

OBSERVATION XXXII

Cholécysectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : dix-sept mois

Femme de 36 ans. Était sujette, depuis longtemps, aux digestions pénibles, de temps à autre avec vomissements ; elle se portait bien dans l'intervalle. En 1913, une nuit, est réveillée par une douleur violente dans le ventre, du côté droit et dans le dos. Depuis elle est souvent réveillée par une crise douloureuse durant quelques heures. Ces crises se répètent tous les deux jours depuis mars 1920. Traitée pour ulcère de l'estomac. Douleur au point vésiculaire au palper. Ni fièvre typhoïde ni grossesse.

Opération le 2 août 1920, par M. HARTMANN. Cholécysectomie rétrograde. Il existe quelques adhérences lamelleuses entre le duodénum et la vésicule ; celle-ci contient un liquide visqueux, très épais, noirâtre et 3 calculs.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 27 décembre 1921. Se porte tout à fait bien depuis l'opération et ne suit aucun régime.

OBSERVATION XXXIII

*Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse aiguë suppurée.
avec péricholécystite. Suites éloignées, huit ans et demi*

Homme de 46 ans. En 1907, colique néphrétique gauche avec expulsion de graviers, à la suite de laquelle il souffre de gastralgie. En 1910, il a une nouvelle crise avec température (38° - 39°) et subictère. Série de crises avec fièvre depuis lors. A l'examen : douleur au point vésiculaire au palper.

Opération le 4 septembre 1911, par M. HARTMANN. Cholécystectomie du fond vers le col. Après décollement de l'épiploon et du colon qui lui sont adhérents, la vésicule apparaît rouge, épaisse, friable. Elle contient 150 cc de pus et de nombreux petits calculs. Il existe, en outre, un énorme calcul du bassinet et une sorte de mastic calculeux dans le cystique.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en mars 1920. Le malade s'est toujours très bien porté depuis l'opération.

OBSERVATION XXXIV

*Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse aiguë avec
péricholécystite. Suites éloignées : six ans*

Homme de 41 ans. Traité pour dilatation gastrique à 22 ans. A 37 ans, il contracte une fièvre typhoïde pendant laquelle il est pris de douleurs épigastriques. En octobre 1914, crise douloureuse sans ictère. Depuis février 1916, il est sujet, de temps à autre, à un mouvement fébrile (37° 7- 38°) qui s'exagère (39° ou 40°) à l'occasion du moindre écart de régime. Douleur à la pression au point vésiculaire.

Opération le 10 mai 1916 par M. HARTMANN. Cholécystectomie du fond vers le col. La vésicule est encastrée dans le foie, partout adhérente au point que l'on ne peut reconnaître le cystique. Elle contient 155 calculs. Le liquide vésiculaire est stérile.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en 1922, le malade, bien que ne sui-

vant pas de régime, n'a pas présenté de troubles gastriques ni hépatiques depuis l'opération. Santé parfaite.

OBSERVATION XXXV

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse aiguë suppurée sans péricholécystite. Suites éloignées : quatre ans

Femme de 60 ans. A présenté, depuis dix-huit mois, des crises douloureuses épigastriques avec vomissements, survenant surtout après des fatigues. Le 15 août 1917, crise très violente. Depuis huit jours crises très intenses avec température à 39° ou 40° et frissons. Au palper : défense de la partie supérieure et droite du ventre ; douleur et ballonnement par le soulèvement brusque de la région lombaire.

Opération le 7 octobre 1917, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde* ; on retire, par ponction, 120 cc de mucopus. Vésicule à paroi épaisse, grisâtre, sans adhérences, contenant un gros calcul près du cystique. L'examen bactériologique du pus montre la présence de staphylocoque et de colibacille.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en décembre 1921. La malade n'a jamais eu le moindre trouble hépatique ni gastrique depuis l'opération.

OBSERVATION XXXVI

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse subaiguë sans péricholécystite. Suites éloignées : deux ans

Femme de 64 ans. 2 enfants et 1 fausse couche. Diabétique depuis longtemps (5 gr. de sucre par litre d'urine). A eu des coliques hépatiques il y a des années. Depuis 1917 a des douleurs abdominales et lombaires avec flatulence, amaigrissement progressif. Le 1^{er} mai 1919, crise douloureuse brusque dans le flanc droit avec irradiation dans la cuisse, sans ténésme vésical. Depuis ce mo

ment elle est restée couchée avec une fièvre persistante (38°-39°). Douleurs au soulèvement brusque de la région lombaire.

Opération le 11 décembre 1919, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule blanche, distendue, contenant plusieurs calculs dont un très gros au niveau du bassin.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en 1921 et en janvier 1922. N'a plus présenté aucuns troubles gastriques ni hépatiques. Elle a considérablement engraisé et repris une existence normale. Elle se plaint seulement d'être un peu constipée. Elle souffre actuellement de cystite.

TROUBLES SANS RAPPORT AVEC LA RÉGION OPÉRATOIRE

OBSERVATION XXXVII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : neuf ans

Femme âgée de 37 ans. Elle souffrait depuis quelque temps dans l'hypochondre droit quand, en septembre 1906, elle est prise d'une crise violente avec vomissements, subictère, urines acajou et diarrhée fétide d'aspect mastic. En février 1907, nouvelle crise douloureuse accompagnée de vomissements. On constate alors une tumeur sous-hépatique. Amaigrissement dans les derniers temps. Opérée de néphropexie deux ans auparavant.

Opération le 20 avril 1907, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col*. Vésicule fusionnée avec la paroi abdominale, le colon et l'épiploon ; elle contient du mucopus et des calculs ; sur sa paroi inférieure existe une petite perforation communiquant avec une cavité fongueuse.

Suites immédiates : Drain enlevé le 6 mai.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 6 juillet 1916. La malade se plaint de souffrir de troubles vésicaux (pollakiurie douloureuse). Les uri-

nes sont cependant claires. La cicatrice est souple, sans éventration.

OBSERVATION XXXVIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : treize ans

Femme de 25 ans. 3 enfants, à 16, 18 et 19 ans. Un mois après le 1^{er} accouchement, crise douloureuse durant 1 h. $\frac{1}{2}$. Quinze mois après le 3^e accouchement, nouvelle crise nécessitant une injection de morphine. Ces crises reviennent deux ou trois fois par an et s'accompagnent chaque fois d'un léger subictère. Pendant l'été 1908 a eu 39° de température pendant une crise. Depuis cinq mois les crises se rapprochent. Au début, il s'agissait seulement d'une douleur scapulaire droite à laquelle s'ajoutait ensuite une douleur à l'épigastre puis dans l'hypochondre droit. Pendant les derniers mois la malade souffre continuellement, avec de temps à autre, une élévation thermique. A plusieurs reprises, alors qu'elle ne présentait pas d'ictère vraie la malade a expulsé des calculs par l'anūs. A l'examen on décèle une douleur à la pression, au point vésiculaire.

Opération le 24 janvier 1909, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* Vésicule scléreuse, adhérente au colon, contenant 44 calculs. On incise, en outre, le cystique immédiatement au-dessus de la jonction avec le cholédoque, pour retirer un autre calcul.

SUITES ÉLOIGNÉES. — La malade augmente de 3 kilogs et se porte bien jusqu'en 1913. A ce moment elle revient consulter pour douleurs dans le bas ventre au moment des règles. On trouve une rétroflexion utérine et une douleur au point de Mac Burney. La malade subit, le 15 avril 1913 une appendicectomie et une hystéropexie directe. L'appendice présente de la sclérose sous-muqueuse et un rétrécissement à sa partie moyenne. Revue en janvier 1922, se portant toujours très bien.

OBSERVATION XXXIX

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : vingt-trois mois

Femme âgée de vingt-quatre ans. Un enfant. Depuis l'âge de 14 ans, ressentait par moments de vagues douleurs gastriques avec aigreur. En 1916, présente une grossesse pénible, avec crises de coliques et vomissements. En 1914, elle éprouve une série de crises douloureuses, celles-ci coïncidant souvent avec les règles. Dans les années suivantes, les crises se répètent à intervalles plus ou moins espacés. De mai à juillet 1919, elles surviennent chaque semaine avec ictère, vomissements. L'examen de l'abdomen dénote un peu de sensibilité au palper de la partie supérieure et droite du ventre. La malade se plaint, outre des crises, de souffrir par moments de douleurs lombaires bilatérales avec irradiations dans les cuisses et dans l'épaule gauche. Les urines sont troubles avec présence de pus à l'examen histologique.

Opération le 10 septembre 1919. *Cholécystectomie rétrograde* par M. OKINCZYC. Vésicule petite, épaissie, adhérente au pylore et au grand épiploon, contenant des calculs.

Suites immédiates : simples. Ablation de la mèche le 13 septembre. Ablation du drain le 14 septembre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 28 juillet 1921. La malade n'a jamais souffert du côté droit depuis l'opération et n'a jamais d'ictère. Les garde-robes sont normales et faciles. La malade ne suit aucun régime. Depuis mai 1920 la malade a présenté des crises douloureuses très violentes avec vomissements. Ces douleurs siègent dans le côté gauche, dans le dos et dans les reins du même côté, avec pollakiurie diurne et nocturne. Pendant la crise douloureuse la malade remarque que son côté gauche « gonfle ». Elle a souvent remarqué un dépôt analogue à de la brique pilée, dans le fond de son vase. L'examen de l'abdomen montre une cicatrice souple, sans éventration. Aucune douleur ni à l'épigastre ni dans le voisinage du foie. La région lombaire gauche ne présente aucune masse perceptible au palper ; il existe un point

douloureux au palper à l'extrémité antérieure de la dixième côte. Les urines sont troubles à l'émission.

L'examen de l'appareil génital montre un utérus augmenté de volume, en légère antéflexion. Les annexes gauches sont perceptibles et douloureuses au toucher. L'examen radiographique de l'appareil urinaire pratiqué par le Dr Lagarenne n'a pas décelé de calculs.

Cholestérinémie : 1 gr. 50 (dernières règles datant de 15 jours).

Urines : sels biliaires, Tu = 914 ; urobiline : 0 ; albumine : 0.

OBSERVATION XL

Cholécystectomie pour cholécystite chronique calculueuse avec péicholécystite. Suites éloignées : dix mois

Femme âgée de 38 ans. 4 grossesses. fièvre typhoïde dans l'enfance. Dès l'âge de 18 ans présente plusieurs crises douloureuses à début brusque dans le côté droit du ventre, sans ictère, l'obligeant à s'aliter. Ne ressent plus rien pendant 9 ans. En 1920, après un accouchement, est brusquement prisé pendant la nuit de douleurs violentes dans l'hypochondre droit, irradiant dans le dos et l'épaule droite avec ictère pendant quelques jours. Dans la suite elle présente périodiquement des coliques hépatiques au moment de ses règles, avec vomissements. Depuis un an elle présente deux crises par mois. A l'examen on trouve une masse sous-hépatique, douloureuse au palper.

Opération le 9 février 1920, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde.* Vésicule grisâtre, adhérente au colon. Elle contient dans sa cavité du muco-pus et de nombreux calculs. Au niveau du fond, dans l'épaisseur de la paroi, existe une logette allant jusqu'à la séreuse. Cette logette contient de tout petits calculs.

Suites immédiates : Ablation du drain le 12 février. Le 18, écoulement abondant de bile et de sang. Diminution de l'écoulement le 29. Sortie guérie le 10 mars.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 18 décembre 1921. La malade

a engraisé de plus de 10 kilos depuis l'opération. Elle n'a jamais présenté de crises douloureuses et se trouve bien. Elle se plaint seulement de ressentir parfois quelques malaises digestifs, surtout le matin.

L'examen du ventre montre une cicatrice oblique, parallèle au rebord costal, sans éventration. Il y a un peu d'hyperesthésie superficielle au niveau de cette cicatrice qui par places est d'apparence un peu chéloïdienne. Aucunes douleurs à la palpation profonde. La malade se plaint de douleurs dans le bas ventre avec retentissement au col. Le toucher montre un corps utérin gros, sensible à la pression ; on réveille une douleur au niveau des annexes droites.

Cholestérinémie : 1 gr. 87.

Soumise à la curiethérapie, la malade est revue en février 1922, complètement guérie de sa chéloïde et de ses troubles douloureux.

OBSERVATION XLI

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans péricholécystite, avec calcul du bassinets. Suites éloignées : dix-huit mois

Femme de 46 ans. Opérée en 1913 pour appendicite chronique, se trouve améliorée, digère mieux, n'a plus de malaises, mais continue à présenter de la diarrhée. En juillet 1919, au milieu de la nuit, elle éprouve une douleur violente en barre à l'épigastre et dans le côté droit. En janvier 1920, 3 crises. En avril, mai, juin, crises nouvelles répétées ; la constipation a remplacé la diarrhée ; elle a perdu l'appétit et maigrit, la température oscille entre 38° et 38°3. Douleur au point vésiculaire au palper. 2 grossesses.

Opération le 1^{er} juillet 1920, par M. HARTMANN. Cholécystectomie rétrograde. Vésicule volumineuse, gris rougeâtre, sans adhérences. Elle contient 150 cc. de liquide grisâtre, trouble ; mu-

queuse rouge, un peu tomenteuse, contient un calcul dans le basinet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 8 mars 1921 et en décembre 1921. La malade n'a jamais eu de troubles gastriques ni hépatiques depuis l'opération. Présente actuellement des troubles en rapport avec un utérus sclérofibromateux.

OBSERVATION XLII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse aiguë avec péri-cholécystite. Suites éloignées : onze mois

Femme de 38 ans. Début 6 mois auparavant après le déjeuner par une crise douloureuse très violente dans l'épigastre et dans le dos, avec nausées et vomissements ; cette crise est de très courte durée et est suivie de subictère le lendemain. Depuis ce moment, elle a une crise identique à l'occasion de l'ingestion de certains aliments (tels que du lard). Depuis trois semaines, douleurs presque continuelles, amaigrissement. Au palper ; défense musculaire au-dessous de l'hypochondre droit, légère douleur à la recherche du ballotement. La température, d'abord à 39°, a baissé progressivement. La malade présente en outre de l'entérite mucomembraneuse. 2 grossesses.

Opération le 31 mai 1920. *Cholécystectomie rétrograde*, par M. HARTMANN. Le colon adhère au bord antérieur du foie. La vésicule est bourrée de calculs ; elle a une face interne rouge, recouverte par places d'exsudats pultacés.

Suites immédiates : Ecoulement abondant de bile mélangée de sang pendant 48 heures. Ablation du drain le 4 juin.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Le 21 avril 1921, la malade n'a plus jamais souffert du foie ni de l'estomac ; elle mange beaucoup et digère bien. Elle se plaint de douleurs lombaires et d'irrégularités menstruelles, symptômes en rapport avec une rétroflexion adhérente.

OBSERVATION XLIII

Cholécystectomie consécutive à une cholécystectomie pour cholécystite calculieuse suppurée. Suites éloignées : dix-neuf ans et demi.

Femme âgée de 40 ans. 3 enfants. 7 ou 8 ans auparavant, a été prise en chemin de fer d'une crise douloureuse brutale (douleur en coup de pistolet) dans l'hypochondre droit. Fait plusieurs saisons à Carlsbad et à Vichy. Elle garde un endolorissement constant de la région hépatique même dans l'intervalle des crises. En novembre 1901, fièvre, frissons, température : 38°5-39°. Elle n'a présenté qu'une fois, en juin, de l'ictère très passagèrement.

M. Hartmann fait une *cholécystotomie* le 6 décembre 1901 avec cholécystectomie partielle. La vésicule contient du muco-pus et un calcul du bassinet dont on fait l'ablation. Il persiste une fistule biliaire.

Opération le 5 juin 1902, par M. HARTMANN. Cholécystectomie d'avant en arrière.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en décembre 1921. Depuis l'opération n'a jamais eu de troubles douloureux. Mais elle est restée constipée et présente un léger degré de dyspepsie en rapport avec une ptose gastrique et un rein mobile.

OBSERVATION XLIV

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse aiguë perforante avec début de péritonite. Suites éloignées : vingt mois.

Femme de 44 ans. Souffre depuis 5 à 6 ans de crampes d'estomac sans rapports avec les repas ; elle a des nausées fréquentes dans l'intervalle des douleurs. Il y a deux ans et demi crise douloureuse violente dans le côté droit avec vomissements. Dans la suite, la malade maigrit et présente des poussées fébriles légères le soir. En mars 1919, crise douloureuse avec fièvre, défense musculaire, douleur sous-hépatique au point vésiculaire ; cette crise

s'amende progressivement. Le 5 mai 1920, reprise des douleurs et des vomissements qui se répètent ; le 7 mai à l'examen on constate du météorisme, une sensibilité diffuse avec défense musculaire au palper, ces signes étant plus prononcés du côté droit.

Opération le 9 mai 1920, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule volumineuse aux parois épaissies ; sur la partie latérale gauche de l'organe existe une petite perforation qui laisse écouler un liquide verdâtre, épais (bile mélangée de pus). La vésicule contient 2 très gros calculs inclus dans 2 loges séparées par un bourrelet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — En janvier 1922, la malade n'a plus jamais eu le moindre trouble hépatique ni gastrique ; elle se plaint de quelques troubles du côté du bas ventre (hémorragies utérines, pesanteur dans le pélvis) en rapport avec un fibrome.

Petits troubles

Troubles digestifs

OBSERVATION XLV

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique sans péricholécystite. Suites éloignées : trois ans

Femme âgée de 37 ans. Début en août 1902. Subitement, quatre heures après le repas du soir, douleur violente dans le côté droit, irradiée vers l'épaule correspondante, accompagnée de vomissements alimentaires. Cette crise dure cinq heures. Depuis, a eu plusieurs crises, la dernière datant du 17 juin 1904. Jamais d'ictère ni de décoloration des matières. Au palper, costal à quatre travers de doigt de l'ombilic.

Opération le 15 juillet 1904. M. HARTMANN. *Cholécystectomie d'avant en arrière*. Vésicule sans adhérences, contenant un gros calcul et une série de petits arrondis, à facettes.

Suites immédiates : Simples. Drain enlevé le 26 juillet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Très bien jusqu'en janvier 1906. A cette date est prise de troubles gastriques pour lesquels elle est traitée avec succès par le képhyr dans le service. Un mois après est reprise de troubles gastriques quand elle veut manger de tout. L'estomac est dilaté. Revue en juin 1907. Cicatrice sans éventration, aucune douleur à la pression. La malade continue à aller bien mais elle s'est mise au régime.

OBSERVATION XLVI

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique avec péricholécystite. Appendicectomie. Suites éloignées : quatorze ans.

Femme de 38 ans. A 17 ans pleurodynie. A 18 ans péritonite suppurée, qui nécessite une incision de l'hypogastre. Mariée à 24 ans, présente dans l'année qui suit, au 8^e mois de sa grossesse, une crise douloureuse dans l'hypochondre droit ; trois semaines après l'accouchement crises en séries, se répétant chaque semaine pendant toute la durée de l'allaitement. Deuxième grossesse à terme il y a deux ans. A la suite de cette grossesse, elle ressent une douleur dans le côté quand elle se baisse ou se penche en avant. Cette douleur devient ensuite continue. A l'examen, douleur localisée à l'épigastre et dans l'hypochondre droit ; douleur au point de Mac Burney.

Opération le 10 septembre 1907, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col et appendicectomie.* L'épiploon et le colon sont fusionnés avec la paroi abdominale. La vésicule contient un magma muqueux et une série de calculs. L'appendice présente à sa partie moyenne une petite ulcération.

SUITES ÉLOIGNÉES. — (D'après une note du D^r Desnos). La malade a commencé à engraisser depuis l'opération. De 40 kgs en 1907 elle est passée à 64 kgs en 1910 (époque de sa ménopause). Elle jouit d'une bonne santé. Elle se plaint surtout d'une chose :

être sujette à de la céphalée frontale droite survenant par crises ; cette céphalée disparaît, dit-elle, quand elle mange, pour reparaître une heure après le repas. Elle n'a jamais de coliques hépatiques, mais, après un gros écart de régime, elle est reprise, comme avant l'opération, de débâcles diarrhéiques avec selles poisseuses, fétides, moins colorées que des selles normales. Elle n'a pas d'éventration.

OBSERVATION XLVII

Cholécystectomie pour cholécystite calculéuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : Douze ans et demi

Homme âgé de 44 ans. Médecin. Aurait eu quatre ans auparavant, à la suite d'une grippe, une crise d'appendicite. Il y a deux ans présente des douleurs vives dans l'hypochondre droit avec irradiations à l'épigastre accompagnées de toux et d'arythmie cardiaque et d'intolérance absolue pour les graisses. En janvier 1908, une crise douloureuse épigastrique avec vomissements, durant 4 à 5 heures et suivie de subictère. A présenté depuis janvier 1909 une série de crises analogues. Le 2 juillet 1909, après une nuit de malaises et d'insomnie, sensation de tuméfaction sous-hépatique. Température 38,5. Foie augmenté de volume. Défense et douleur au palper dans la région vésiculaire et l'épigastre.

Opération le 24 juillet 1909. M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule réunie aux parties voisines par des adhérences glutineuses. Elle contient un liquide gris verdâtre, visqueux et deux gros calculs dans le bassin.

Suites éloignées : Revu en avril 1910, ne se plaint plus du foie. Présente quelques troubles intestinaux. Un peu de sensibilité au palper de la fosse iliaque droite. Revu en décembre 1921 : n'a plus eu aucun trouble du côté des voies digestives à part ce fait que dès qu'il absorbe une nourriture contenant de l'huile (une mayonnaise ou une salade) il a une selle diarrhéique dans la demi-heure qui suit. Aussi a-t-il supprimé l'huile de son alimenta-

tion. A part cette particularité il ne suit aucun régime et se porte à merveille.

OBSERVATION XLVIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : deux mois

Femme de 35 ans. Début dix ans auparavant, au quatrième mois d'une grossesse, par une douleur violente dans le côté droit de l'abdomen durant vingt-quatre heures. Les crises se répètent à intervalles assez longs jusqu'en juillet 1909. Elles deviennent alors fréquentes avec vomissements, nécessitant l'usage de morphine. Douleurs au palper de la région vésiculaire.

Opération le 26 octobre 1909, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie d'avant en arrière*. Vésicule rétractée, sans adhérences, moulée sur des masses calculeuses dures. Surjet sur le lit hépatique.

Suites immédiates : Ablation du drain le 4 novembre. Le 7 novembre on constate un peu d'écoulement de bile par la plaie.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en janvier 1910. Se plaint de quelques douleurs épigastriques.

OBSERVATION XLIX

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : un an et cinq mois

Femme de 53 ans. Il y a vingt-cinq ans, à la suite d'inquiétudes et de chagrins, avait présenté des troubles gastriques consistant en ballonnement épigastrique après les repas avec éructations. En juin 1910, première crise douloureuse dans la partie droite du ventre et dans les épaules avec subictère. D'abord constipée, devient plus tard sujette à la diarrhée. En août 1911, après avoir éprouvé des malaises puis une douleur vive à l'épigastre, est prise la nuit suivante de frissons puis de douleurs dans la partie inférieure et

droite du ventre. Après un séjour d'un mois à l'hôpital, continue à souffrir en marchant ; elle est constamment fatiguée, a perdu l'appétit, présente de la diarrhée surtout pendant la nuit. Au palper on sent une tuméfaction sensible avec ballonnement, dans la région sous-hépatique. Cette tuméfaction est submate à la percussion.

Opération le 12 décembre 1911, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule intimement adhérente à l'épiploon, plus mollement au colon et au duodénum, contenant de nombreux calculs.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 29 mai 1913. — Souffre de quelques douleurs au-dessus et à droite de l'ombilic. Se plaint surtout d'entéro-colite. Malade très constipée présentant souvent des peaux dans ses selles. Petite éventration avec trou arrondi, à bords fibreux, à la partie supéro-interne de la cicatrice.

OBSERVATION L

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : sept ans et demi

En 1898, un mois après un accouchement, première crise de coliques hépatiques. Elle conserve à la suite de cette crise des troubles dyspeptiques (digestions difficiles, météorisme postprandial). Reste pendant cinq ans sans présenter de crises. Au bout de ce temps, elle a de nouveau des crises par intermittence. La dernière date de quinze jours. Elle a eu une crise violente avec ictère passager. Les dernières crises ont pris le caractère de crises subintrantes. A l'examen on trouve une douleur au palper au point vésiculaire et dans la région pancréatique.

Opération le 14 novembre 1913, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Le colon adhère au foie ; la vésicule est sur le point de se perforer dans le duodénum. Ses parois sont épaissies, fibreuses ; elle est segmentée en logettes moulées sur 3 calculs. L'examen histologique fait par M. Renaud, montre que la mu-

queuse est embarrassée dans ses couches superficielles ; il n'existe plus que le fond des glandes entouré d'infiltration embryonnaire.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en avril 1921. La malade n'a plus jamais rien ressenti du côté du foie. Elle a mené une vie normale et ne suit aucun régime. Elle présente seulement de temps en temps, des digestions un peu difficiles.

OBSERVATION LI

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : cinq ans et demi

Homme âgé de 37 ans. Première crise de coliques hépatiques en 1904. Les crises se répètent huit à neuf fois en six ans, puis une ou deux fois par an jusqu'en 1913. En 1913, crise douloureuse violente, la douleur étant localisée à l'épigastre et à l'hypochondre droit avec irradiations dans le dos, l'épaule et le membre supérieur droits. Les crises se sont répétées avec plus ou moins d'intensité depuis cette date. A l'examen de l'abdomen, on réveille une douleur à la pression sous le rebord costal en deux endroits : d'une part à deux travers de doigt au-dessous et à droite de l'appendice xyphoïde et d'autre part, à quatre travers de doigt plus en dehors.

Opération le 18 mai 1916, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Quelques adhérences relient le bassin et au colon et au duodénum. La vésicule contient des calculs.

Suites immédiates : Ablation du drain le 22 mai. Le 1^{er} juin subsiste une légère suppuration au niveau du trajet du drain.

SUITES ÉLOIGNÉES. — 1° Le 2 novembre 1916. Se plaint de souffrir un peu de sa cicatrice. Le malade a présenté deux ou trois fois depuis l'opération des *vomissements bilieux*. Ces vomissements survenaient une demi-heure après le repas de midi. Cicatrice souple sans éventration.

2° Le 16 décembre 1921. Le malade se plaint toujours de souffrir de tiraillements au niveau de sa cicatrice. Il se plaint sur-

tout de pesanteur épigastrique après le repas sans correspondance dorsale et de maux de tête fréquents.

Il n'a plus présenté de vomissements de bile. Par contre, a eu pendant longtemps de la diarrhée, « diarrhée bilieuse », dit-il. Cette diarrhée survenait au début deux ou trois fois par semaine. Actuellement elle ne se manifeste que deux fois par mois. Dans l'intervalle les garde robes sont normales et faciles. Le malade n'a jamais présenté de crises douloureuses depuis l'opération et pourtant il ne suit volontairement aucun régime et continue à mener une vie très fatigante. Il avait été très soulagé par une saison faite à Vichy deux ans après l'opération.

OBSERVATION LII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : quatre ans et demi

Femme âgée de 25 ans. Début en août 1915, à vingt-trois heures ; la malade, enceinte de six mois, est prise d'une crise douloureuse avec vomissements. Les douleurs cessent progressivement au bout de huit jours. Elle ne présente aucuns troubles jusqu'au 15 décembre 1916. A cette date elle ressent un point douloureux dans le côté droit. Cette douleur est augmentée par les mouvements ; elle irradie dans la région lombaire et dans l'épaule du même côté. Le 25 janvier 1917, après une crise de diarrhée, les douleurs reparaissent, interdisant le moindre mouvement et forçant la malade à s'aliter. La malade est naturellement constipée. A l'examen, on note une douleur à la pression sous le rebord costal droit, douleur s'exagérant dans le palper en inspiration profonde.

Opération le 7 mars 1917, M. HARTMANN. *Cholécystectomie d'avant en arrière*. Des adhérences unissent le foie au diaphragme. Le colon est fusionné avec le bord antérieur du foie. La vésicule elle-même adhérente, contient une bile trouble et dix calculs. Le fond de la vésicule, comme l'ampoule, contient du pus. L'examen bactériologique de la bile décèle du staphylocoque.

Suites immédiates simples : Ablation du drain le 19 mars.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Nouvelles reçues par lettre le 15 septembre 1921. La malade se porte tout à fait bien depuis l'opération. Elle ne suit aucun régime malgré les avis reçus. La malade a présenté en juillet 1921 une indisposition caractérisée par des nausées et des vomissements verdâtres, lui rappelant un peu, dit-elle, le temps d'avant l'intervention.

OBSERVATION LIII.

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : un an et demi

Femme âgée de 42 ans. Deux enfants. Depuis 1909 la malade se plaint de pesanteur épigastrique après les repas. Le 30 juillet 1917 elle présente brusquement une sensation de tiraillements violents autour de la ceinture, douleurs s'irradiant dans les épaules avec prédominance dans le côté droit. Ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements. Depuis cette époque les douleurs se répètent presque chaque jour. A l'examen on sent une tuméfaction sous-hépatique de contours assez vagues et douloureuse au palper. Il existe du clapotage gastrique.

Opération le 12 septembre 1917, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule, volumineuse, un peu incurvée à son extrémité, présente quelques adhérences filamenteuses avec le colon. Elle contient un liquide clair, eau de roche, dans lequel nagent, sans s'y mélanger, une masse verdâtre et vingt petits calculs polyédriques. L'examen du culot de centrifugation du liquide montre d'abondants cristaux de cholestérine.

Suites immédiates : Simples. Ablation du drain le 17 septembre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 21 mars 1918. La malade n'a plus présenté de crises douloureuses depuis l'opération. Mais elle se plaint d'avoir les digestions toujours difficiles avec alternatives

de constipation et de diarrhée. Malade nerveuse avec tendance à la neurasthénie.

OBSERVATION LIV

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : trois ans et huit mois

Homme âgé de 32 ans. Début en juin 1917. Le malade étant constipé depuis quelque temps et se sentant fatigué, est pris de douleurs dans l'épaule et de vomissements. Il remarque alors que ses gardes robes sont décolorées et que ses urines sont plus foncées. Le 8 août, nouvelle crise douloureuse localisée cette fois à l'hypochondre droit avec irradiations dans l'épaule droite. Depuis cette époque, il souffre par moments de douleurs fugaces dans le côté droit. Il conserve une constipation opiniâtre. A l'examen, on constate un foie augmenté de volume et un peu de sensibilité de la région vésiculaire à la palpation.

Opération le 9 novembre 1917, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule peu volumineuse, présentant quelques adhérences avec le colon. Elle contient un liquide visqueux verdâtre et des calculs petits et nombreux. L'examen du liquide ne dénote pas le microbes mais de très nombreux cristaux de cholestérine.

Suites immédiates : Simples. Ablation du drain le 12 novembre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu le 21 juillet 1921. Le malade n'a plus eu de crises douloureuses depuis l'opération. Il n'a jamais présenté d'ictère. Il mange et digère bien, mais s'en tient, depuis l'opération, à un régime exclusivement végétarien. Il se plaint de temps en temps d'une sensation de douleur dans la région hépatique qui dure quelques heures. Il présente, après le repas, une sensation de pesanteur épigastrique avec bâillements. Il a un peu de tendance à la diarrhée. A l'examen du ventre on constate une cicatrice parallèle au rebord costal droit, cicatrice souple et sans éventration.

Il n'existe aucun point douloureux au palper. Le foie est de volume normal.

Cholestérinémie : 2 gr. 40 par litre.

OBSERVATION LV

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique. Suites éloignées : quatre ans

Homme de 30 ans. En 1915, a eu une crise douloureuse abdominale avec **diarrhée et vomissements**. Présente, dans la suite, de temps à autre des **crampes d'estomac**. Depuis deux mois le malade a tous les huit ou neuf jours, une crise douloureuse avec alternatives de constipation et de diarrhée dans l'intervalle. Le 17 novembre il présente une crise douloureuse épigastrique. A l'examen on trouve une douleur au palper dans la fosse iliaque droite et surtout une douleur localisée avec défense musculaire dans la partie supérieure et droite du ventre.

Opération le 2 décembre 1917, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule de dimensions moyennes, contenant un gros calcul et des petits.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Nouvelles reçues en décembre 1921. Le malade n'a plus jamais eu de coliques hépatiques mais il souffre de quelques troubles gastriques et est souvent constipé.

OBSERVATION LVI

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique à forme scléroatrophique avec péricholécystite. Suites éloignées : un an et demi.

Homme âgé de 63 ans. Début brusque le 9 mars 1920, pendant la nuit, par une sensation d'oppression, puis de douleur dans l'hypochondre droit sans irradiation. Cette douleur est accompagnée de vomissements sans ictère. La crise dure 24 heures. Deuxième.

me crise analogue le 24 avril, troisième crise le 18 mai. A l'examen on constate une tuméfaction dans l'hypochondre droit. Cette tuméfaction diminue progressivement les jours suivants. En même temps, toute douleur spontanée ou provoquée disparaît.

Opération le 14 juin 1920, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule est cachée par un noyau scléro-adipeux adhérent à la paroi abdominale antérieure. Elle est petite, contient un peu de pus et un gros calcul du bassinet.

Suites immédiates : Cholérémie du 17 juin au 9 juillet. Diarrhée jaune du 25 juin au 21 juillet, ayant résisté au régime, s'étant arrêtée immédiatement par l'administration d'une potion de sous nitrate de bismuth et laudanum.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu le 2 décembre 1921. N'a plus ressenti aucune douleur hépatique depuis l'opération. Le malade avait eu, à partir du 9^e jour après l'opération, à l'occasion de la reprise de l'alimentation, une crise de diarrhée incoercible. Cette diarrhée avait été améliorée par l'ingestion de laudanum mais n'a cessé que trois mois plus tard, après un séjour à la campagne.

Depuis, la malade qui avant l'opération était constipé, a gardé une tendance légère à la diarrhée ; il va à la selle deux ou trois fois par jour. Il n'en est d'ailleurs nullement incommodé. Il suit un régime strict de grillades et légumes cuits. Il ne prend jamais aucuns médicaments. A l'examen de l'abdomen on trouve une cicatrice oblique, parallèle au rebord costal, sans adhérences profondes ; légères éventration de la partie supéro-interne de la cicatrice. On sent à la partie inféro-externe de celle-ci une petite masse dure, indolente, qui paraît être intra-pariétale.

TROUBLES DOULOUREUX

Douleurs de type hépatique avec ou sans crises et sans ictère

OBSERVATION LVII

Cholécystectomie pour hydropisie calculuse de la vésicule, avec péricholécystite. Suites éloignées : six mois

Femme âgée de 40 ans. 1 enfant. Début en 1914, brusquement, par une crise douloureuse dans le côté droit, nécessitant une injection de morphine. Les crises se répètent à deux ou trois reprises. En août 1916, survient une crise moins violente, mais avec température à 38°, et se prolongeant pendant trois semaines. Depuis cette époque la malade se soumet à un régime sévère ; elle ne présente plus de crises à proprement parler, mais elle conserve une douleur permanente dans le côté, avec correspondance dorsale, qui s'exagère une heure après les repas et sous l'influence de la fatigue. Depuis juin 1917, elle ne peut supporter la moindre pression sur le foie. En janvier 1918, elle présente en outre une poussée thermique à 38°₂ ; les douleurs irradient jusque dans la région scapulaire. On trouve au palper une tuméfaction sous-hépatique arrondie et douloureuse.

Opération le 6 mai 1918, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule est distendue, adhérente au colon et au duodénum. Elle contient 125 cc de liquide aqueux, un peu opalescent et un gros calcul du bassinet. Ce liquide se montre riche en cristaux de cholestérine à l'examen. Il ne contient pas de microbes. On décèle, par contre, des microbes difficilement colorables dans l'intérieur du calcul.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 14 novembre 1918. La malade est transformée. Elle a engraisé. Elle n'a plus présenté de crises depuis l'opération. Elle conserve seulement un léger endolorissement de l'hypochondre droit.

OBSERVATION LVIII

Cholécystectomie consécutive à une cholécystectomie pour cholécystite calculeuse suppurée avec péricholécystite. Suites éloignées : deux ans.

Femme âgée de 27 ans. Début trois ans auparavant par des douleurs très vives dans le côté droit et l'épigastre, durant une journée. A la suite de cette crise, présente des troubles dyspeptiques : maux de tête, flatulence, lenteurs des digestions. Le 26 février 1905, nouvelle crise douloureuse avec irradiations dorsales, l'empêchant de respirer. Depuis ce moment la même douleur persiste avec température à 39 ou 39.8. Le jour de l'examen température à 40°. Teinte subictérique légère. Urobiline dans les urines. Au palper tuméfaction sous-hépatique, mal limitée, douloureuse à la pression.

1^{re} opération cholécystotomie, le 14 mars 1905, M. HARTMANN. Vésicule cachée par des adhérences du grand épiploon et du colon au foie. Vésicule remplie de calculs, les uns durs, les autres mous, au milieu d'un pus épais. On constate un calcul du cystique qu'on ne peut dégager. Etant donné l'état grave, on se contente de drainer. Suites : persistance d'une fistule donnant un écoulement muqueux et filant. A deux reprises la malade a une petite crise de coliques sans ictère.

2^e opération. Le 10 juin 1905. M. HARTMANN. Cholécystectomie d'avant en arrière. On trouve 7 calculs dans le bassin.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Malade revue le 11 juin 1907. N'a plus jamais présenté de crises douloureuses depuis la deuxième opération et ne présente plus de troubles dyspeptiques. Elle se plaint seulement, à de très rares intervalles, de ressentir quelques tiraillements dans la région sous-hépatique, à la suite de fatigues exagérées.

OBSERVATION LIX

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : un an et demi

Femme de 30 ans. 1 grossesse à terme 7 ans auparavant. En

1917, elle souffre de temps à autre, à la suite de travaux pénibles, d'une douleur vive dans le côté droit avec irradiation vers l'aîne et les lombes. Cette douleur durait une heure avec paroxysmes ; elle survenait vers onze heures, était calmée par le repas de midi et reparaisait vers 17 heures. Elle s'accompagnait parfois de vomissements aqueux. La malade avait en outre des alternatives de constipation et de diarrhée. Cet état dure un mois et la malade ne souffre plus jusqu'en septembre 1918. A cette date, à minuit, crise douloureuse violente à laquelle succède une douleur continue avec crises paroxystiques intermittentes. Ces crises s'accompagnent d'ictère léger, de selles diarrhéiques blanchâtres et rarement de vomissements. Foie volumineux à l'examen clinique.

Opération le 20 janvier 1919, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Le foie adhère à la paroi abdominale antérieure. Vésicule arrondie, épaisse, blanc grisâtre, cachée par l'épiploon et le colon adhérents. Elle contient un liquide transparent, très visqueux et des calculs. Pas de microbes à l'examen.

Suites immédiates : Ecoulement de bile dans les jours qui suivent. Poussée de subictère avec vomissements verts et décoloration des matières pendant 15 jours. Suppression du drain le 7 février.

SUITES ÉLOIGNÉES. — La malade n'a plus présenté aucuns troubles digestifs depuis son opération, les gardes robes sont normales. Elle n'a plus présenté aucune crise douloureuse. Ce n'est qu'à l'occasion de fatigues excessives ou de changements de temps qu'elle ressent par moments des petites douleurs lancinantes à la partie moyenne de la cicatrice au niveau de l'emplacement du drain. Cicatrice souple, sans éventration, légère douleur à la pression au niveau du trajet du drain.

Cholestérinémie : 1 gr. 20.

OBSERVATION LX

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique sans péricholécystite. Suites éloignées : dix-sept ans et demi

Femme âgée de 35 ans. Présentait depuis longtemps des dou-

leurs légères après les repas. En décembre 1902, au cours d'une troisième grossesse, la malade ressent brusquement une douleur violente dans l'hypochondre droit avec irradiation à la base du thorax en arrière, à la pointe de l'omoplate et à l'épaule droite. Cette douleur dure plusieurs heures, sans vomissements. A la suite de cette crise elle garde un endolorissement de l'hypochondre droit. Elle présente des crises en avril, en mai 1903, en février, en mars 1904, où la crise s'accompagne de subictère. Elle a trois crises encore en avril. Les dernières s'accompagnent de vomissements et de diarrhée. Au palper : tumeur du volume du poing, très mobile, rénitente, descendant jusqu'en dehors de l'ombilic.

Opération le 1^{er} juin 1904, par M. HARTMANN. — Vésicule sans adhérences, contenant un liquide filant et 4 calculs. Il existe un ganglion accolé au cystique. *Suites immédiates* simples : Ablation du drain le 8 juin.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 11 janvier 1922. Depuis l'opération la malade a pu reprendre une vie normale, sans jamais avoir présenté d'accidents comparables à ceux qui avaient motivé l'intervention. Elle a cependant souffert de façon variable de temps à autre : tout d'abord elle se plaint deux ou trois fois par an, pendant une période de 15 jours environ, d'une sensation de pesanteur continue dans l'hypochondre droit avec correspondance dans l'épaule droite et impression d'oppression. Pendant cette phase pénible elle a en même temps de la lenteur des digestions. La malade qui, malgré son âge actuel est encore réglée, a remarqué que ces pesanteurs et ces troubles dyspeptiques débutaient parfois avec les règles ou s'exagéraient à la fin de celles-ci. Elle se met alors au régime, prend soit de l'huile d'olives, soit du sulfate de soude à petites doses et s'en trouve considérablement soulagée. Une fois passée cette période, elle retrouve une santé parfaite, sans éprouver le moindre malaise ni la moindre douleur. Cet état se prolonge pendant 3 ou 4 mois sans que la malade suive aucun régime.

Outre ces phases de malaises sans douleurs à proprement parler, la malade a présenté deux crises douloureuses depuis l'opération, toutes deux survenues à l'occasion d'une infraction à son régime.

La première est apparue 3 ans après l'opération, après avoir mangé une crêpe : la malade, après une courte impression de malaise digestif, est prise brusquement d'une douleur très vive dans l'hypochondre droit, irradiant vers la base du thorax, la zone interscapulo vertébrale, l'épaule droite. Cette crise dure $1/4$ d'heure ; survient alors un vomissement et la malade aussitôt soulagée peut reprendre ses occupations. La deuxième s'est produite, en 1921. Ayant mangé du pâté de foie gras au dîner, elle est réveillée brutalement à minuit par des crampes d'estomac très violentes, puis par une douleur dans l'hypochondre droit avec irradiation dans l'épaule. Cette crise ne s'accompagne pas de vomissements, mais laisse la malade dans une phase analogue aux phases pénibles sus-décrites, durant 3 mois. Elle n'a jamais eu de jaunisse et n'a pas constaté de modifications de ses selles pendant ces crises.

La malade est restée constipée depuis l'opération. L'examen du ventre montre une cicatrice souple, sauf en un point où existe une légère éventration punctiforme avec légère tendance rétractile. On ne décèle aucune douleur au palper. Le foie est de volume normal. Il n'existe ni ptose rénale, ni clapotage gastrique.

Cholestérinémie : 2 gr. 50 (attend ses règles dans une huitaine de jours).

Urines : sels biliaires : T u = 984 ; urobiline : 0 ; albumine : 0.

OBSERVATION LXI

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : onze ans

Femme de 35 ans. Début en mai 1901, 7 jours après un accouchement par une crise de coliques hépatiques typique. Des crises semblables, durant 12 à 24 heures, se répètent tous les deux mois pendant 3 ans. Ces crises cessent en 1904 au début d'une deuxième grossesse et ne reprennent qu'en 1906 pendant une 3^e grossesse. Ces crises consistent en douleurs très violentes dans le côté droit et l'épaule correspondante, des vomissements, du subictère. Dans

l'intervalle des crises poussées fréquentes d'urticaire. Depuis quelques mois sensation de pesanteur continuelle dans l'hypochondre droit.

Opération le 20 janvier 1920 par M. HARTMANN. *Cholécystectomie d'avant en arrière*. La vésicule est distendue, présente quelques adhérences récentes au duodénum. Elle contient 19 calculs dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette.

Suites immédiates : très simples. Ablation du drain le 26 janvier.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue une première fois le 20 janvier 1914. Se porte alors très bien, ne se plaint d'aucun trouble gastrique ni hépatique. Présente des symptômes en rapport avec une métrite.

Revue une deuxième fois le 17 décembre 1921. A continué à se bien porter jusqu'en 1919, ayant grand soin de son régime, faisant en outre usage d'eau de Vichy ou de benzoate de soude de temps à autre. Restait cependant sujette aux poussées d'urticaire.

Depuis 1919, souffre de temps à autre d'une pesanteur dans l'hypochondre droit, avec irradiation dans le dos et parfois dans l'épaule du même côté, s'accompagnant souvent d'une impression de constriction transversale de la base du thorax et de douleurs lombaires bilatérales. Ces crises ne s'accompagnent ni d'ictère ni de fièvre, mais seraient suivies quelques jours après leur apparition d'une décoloration passagère de garde-robes. Jamais de calculs constatés dans celles-ci. Malade toujours très constipée, observe souvent des glaires dans ses selles. Souffre en outre d'hémorroïdes.

Ces troubles douloureux s'accroissent et se répètent quand la malade vient à cesser son régime ; ils s'atténuent par la reprise de ce dernier et par l'usage des alcalins ou du benzoate de soude.

L'état général est parfaitement conservé. La malade ne maigrit pas.

A l'examen, le 17 décembre, on constate une cicatrice souple, sans adhérences et sans éventration.

Il existe une *hépatoptose manifeste*. Le bord antérieur du foie fuit sous le doigt à chaque inspiration, en même temps que la

palpation profonde, sous le rebord costal, réveille une douleur légère.

Les deux reins sont abaissés et perceptibles au palper bi-manuel.

Cholestérinémie le 17 décembre 1921 : 2 gr. par litre. (Les dernières règles datent de huit jours).

Urines : T u = 85r ; urobiline = 0 ; albumine = 0.

OBSERVATION LXII

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : sept ans

Femme de 63 ans. A eu six enfants. Début en février 1913 ; pendant la marche la malade ressent une petite douleur dans l'hypochondre droit et constate au même point l'existence d'une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette. En août 1913, présente de temps à autre des douleurs à l'épigastre et dans le côté droit et se plaint de lenteur des digestions.

En novembre, violente crise douloureuse dans l'hypochondre droit avec irradiations vers la clavicule et la région mammaire droites. La tuméfaction qui avait augmenté en même temps, diminue pendant le mois de décembre. Durant ce dernier mois, la malade a deux crises douloureuses. Plusieurs crises en mai 1914. A l'examen avant l'opération on constate dans la région sous-hépatique l'existence d'une petite tumeur dure, arrondie, très mobile et indolente au palper.

Opération le 6 juillet 1914, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule adhérente au colon, volumineuse, contenant des calculs.

Suites immédiates : Très simples. Ablation du drain le 15 juillet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 17 décembre 1921. Pendant les quatre ou cinq années qui ont suivi l'opération, la malade s'est sentie entièrement soulagée, sans présenter même le plus léger trouble digestif et cela bien que ne suivant aucun régime. Depuis deux

ou trois ans se plaint de souffrir de temps à autre du côté droit d'une douleur sourde avec irradiation dans le dos, l'épaule droite et le cou. Quand elle souffre ainsi elle ne présente jamais d'ictère mais elle aurait constaté et sa fille, qui est infirmière, le prétend avec elle, que ses matières restaient décolorées pendant un jour. Dans l'intervalle, la malade présente assez souvent des nausées avec rejet facile de liquide aqueux. Ne suit aucun régime mais s'astreint à prendre tous les matins 5 grammes de sulfate de soude pour lutter contre sa constipation. On ne note pas d'amaigrissement. L'état général, à part ces troubles légers, est parfait.

L'examen de l'abdomen montre une cicatrice parallèle au rebord costal droit, cicatrice souple, sans éventration. Aucune douleur à la palpation de l'hypochondre ni de l'épigastre. Il y a du clapotage gastrique. Le rein droit est abaissé.

Cholestérinémie le 17 décembre 1921 : 2 gr. 25 (dernières règles il y a 12 ans).

OBSERVATION LXIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : sept ans

Femme de 37 ans. 1 enfant. La malade subit une gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum, le 11 mai 1911. Pendant deux mois ne souffre plus. Mais bientôt réapparaissent des douleurs sous forme de crises, douleurs à siège épigastrique avec irradiation dans l'épaule droite, accompagnées d'un ictère passager. Entre temps, se plaint de pesanteur gastrique après les repas et de temps à autre, dans l'intervalle de ceux-ci, se plaint de souffrir derrière le sternum, dans le dos et la région scapulaire droite. Douleurs à la pression de la fosse iliaque droite et de la région vésiculaire. Une crise se déclare au cours d'un examen.

Opération le 31 décembre 1914, M. HARTMANN. Cholécystectomie rétrograde. Vésicule présentant des adhérences lamelliformes. Elle

est fibreuse d'aspect et rétractée sur un calcul. L'examen histologique dénote des lésions d'inflammation chronique.

Suites immédiates : Ecoulement biliaire par la plaie pendant quelques jours. Ablation du drain le 13 janvier.

SUITES ÉLOIGNÉES. — La malade se sent entièrement soulagée jusqu'au 1^{er} septembre 1915 (soit pendant huit mois). A cette date elle présente une crise de douleurs épigastriques avec irradiations entre les épaules, sans vomissements, ni jaunisse. Cette crise dure environ une demi-heure. De septembre 1915 jusqu'en juin 1920. elle se plaint, à raison d'une fois toutes les six semaines ou tous les deux jours, brusquement, un quart d'heure après le repas, d'une douleur épigastrique qu'elle compare à une sensation de broiement, de torsion. Cette douleur irradie dans la partie inférieure de la colonne dorsale mais jamais dans l'épaule. Cinq minutes après le début de la crise, survenait un vomissement qui ne calmait nullement la douleur. La malade perdait parfois connaissance tant la douleur était vive. La crise durait en tout une vingtaine de minutes et une fois les douleurs disparues la malade pouvait reprendre ses occupations.

Ces crises ne coïncidaient pas avec les règles. Elles continuaient à survenir malgré le régime alimentaire rigoureux suivi par la malade, malgré l'usage de l'huile de Harlem. Elles ont disparu en juin 1920 et depuis la malade n'en a plus présenté. Se trouve actuellement en état de santé parfaite et ne souffrant plus. Elle continue cependant à suivre son régime.

A l'examen de l'abdomen on trouve une cicatrice parallèle au rebord costal droit, souple, sans aucune adhérence de la peau aux plans profonds, avec une petite éventration localisée au niveau du trajet du drain. Aucune douleur à la pression de la région sous-hépatique, de l'épigastre, de la région cholédocienne, ni en aucun autre point de l'abdomen. Foie de volume normal. Rien à noter au niveau des différents appareils.

Cholestérinémie : 2 grammes par litre.

Urines : Sels biliaires Tu = 965 — Urobiline +.

OBSERVATION LXIV

*Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique sans
péricholécystite. Suites éloignées : cinq ans*

Femme de 46 ans. Depuis plusieurs années est sujette aux crampes d'estomac. Le 20 avril 1916, elle éprouve une sensation de pesanteur puis une douleur à l'épigastre, s'étendant à l'hypochondre droit, avec irradiations dans les épaules et dans les reins, surtout à droite. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements et de frissons. Ces signes se calment au bout de quelques jours. On sent, au-dessus et à droite de l'ombilic une masse douloureuse. Trois enfants.

Opération le 8 mai 1916, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule distendue, contenant un liquide biliopurulent et un gros calcul mûriforme. Ce liquide se montre stérile à l'examen bactériologique ; il contient en suspension des hématies, des leucocytes et des débris cellulaires.

Suites immédiates : Simples. Ablation du drain le 16 mai.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 24 juillet 1921. Bien que ne suivant aucun régime la malade se porte bien depuis l'opération et a pu reprendre sa profession de modiste. Elle n'a jamais eu de crises douloureuses et ses maux d'estomac ont complètement disparu. Mais quand elle a eu une contrariété elle éprouve souvent une petite douleur dans le côté droit, dans la nuit suivante, sans correspondance dorsale. La malade est restée constipée et présente parfois des glaires dans ses selles. Elle a de temps à autre de la diarrhée. Cicatrice souple, avec petite éventration localisée à la partie moyenne (passage du drain). Aucune douleur au palper de la région sous-hépatique ni de l'épigastre. Rien aux différents appareils ; pas de clapotage gastrique.

Cholestérinémie : 2 gr. 50, (dernières règles vingt jours avant l'examen).

Urines : Sels biliaires, 940. Urobiline, traces. Albumine, 0.

OBSERVATION LXV

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : trois ans et sept mois.

Femme âgée de 45 ans. Deux enfants. Deux fausses couches.

En avril 1917, la malade se sentait un peu fatiguée depuis plusieurs jours, quand elle est prise brusquement, pendant la nuit, de diarrhée suivie de douleurs anales et d'ictère. En août 1917, crise de douleurs violentes dans l'hypochondre et l'épaule droite avec vomissements. A eu depuis une série de crises semblables. Constipation et météorisme postprandial. La malade présente une tuméfaction sous-hépatique au palper.

Opération le 22 février 1918, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Péritonisation du lit vésiculaire. Vésicule distendue, mollement adhérente au colon transverse, au duodenum, à l'estomac et au grand épiploon. Elle contient 140 cc. de liquide citrin, trouble, et plusieurs calculs dont l'un est engagé dans l'orifice du cystique. La paroi de la vésicule est très épaisse au niveau du fond de l'organe. Le liquide est stérile. Le culot de centrifugation montre d'abondants cristaux de cholestérine.

Suites immédiates : Simples. Ablation du drain le 24 février.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 20 septembre 1921. Deux mois après l'opération a présenté à quinze jours d'intervalle, deux crises douloureuses lui rappelant les crises antérieures ; la nuit, vers minuit, elle était réveillée par une douleur siégeant dans l'hypochondre droit avec correspondance dorsale et irradiation dans l'épaule droite. Cette douleur s'accompagnait d'une sensation d'étouffement. Elle durait environ un quart d'heure et n'était suivie ni de vomissements ni d'ictère. Ces crises étaient sans rapport avec les périodes menstruelles. Les crises n'ont jamais reparu depuis lors.

La malade, actuellement, se porte admirablement, à part, cependant la persistance du météorisme postprandial. La constipation a disparu, les gardes robes sont régulières et normales d'aspect. Elle ne suit pourtant aucun régime et ne prend aucun médicament. L'examen du ventre montre une cicatrice parallèle au rebord costal droit, souple, sans adhérences de la peau aux plans profonds, sans éventration. Foie de volume normal. La partie supéro-interne de la cicatrice, de même que le milieu de la ligne xypho-ombicale sont légèrement sensibles à la pression profonde. Cette pression réveille une douleur dorsale au point diamétralement opposé.

Cholestérinémie : 2 gr. par litre.

Urins : Sels biliaires. Tu = 875. Urobiline 0. Albumine 0.

OBSERVATION LXVI

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : deux ans et quatre mois

Femme âgée de 42 ans. Pas d'enfants. Début à l'âge de dix-sept ans par une crise douloureuse dans le côté droit avec vomissements. Cette crise condamne la malade à rester alitée pendant quatre mois. Depuis ce temps elle ressent de temps à autre de petites douleurs jusqu'en 1914. A part des alternatives de constipation et de diarrhée, elle est bien de 1914 à 1918. En octobre 1918, réapparition des douleurs avec amaigrissement. A l'examen on constate une tumeur arrondie descendant jusque dans la fosse iliaque.

Opération, le 28 février 1919, par M. OKINCZYK. *Cholécystectomie rétrograde*. Péritonisation du lit vésiculaire. Quelques adhérences unissent la vésicule au grand épiploon. La vésicule est volumineuse et contient un gros calcul du bassin.

Suites immédiates : Ablation du drain le 2 mars. Suites simples.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 23 juillet 1921. La malade s'est trouvée considérablement soulagée à la suite de l'opération. Elle est restée trois mois sans souffrir. Au bout de ce temps elle a présenté de temps à autre des crises douloureuses, surtout la nuit. Ces crises duraient 1 heure et demie environ et étaient parfois accompagnées de vomissements ; elles rappelaient, en beaucoup moins fort, les crises antérieures à l'opération. Jamais la malade n'a présenté de jaunisse. Les gardes robes sont normales. Elle se plaint de météorisme postprandial mais sans douleurs gastriques. Elle présente de l'intolérance pour les œufs mais non pour les graisses. Elle suit d'ailleurs un régime, mais ne fait pas usage de médicaments. A l'examen, le 23 juillet 1921, on trouve une cicatrice parallèle au rebord costal droit, qui est souple, sans éversion. Il existe du clapotage gastrique, l'estomac descendant jusqu'au-dessous du milieu de la ligne ombilico-pubienne. Le rein droit est mobile, descendant dans la fosse iliaque à chaque inspiration. Pas de points douloureux au palper de l'abdomen.

Cholestérinémie : 2 gr. 25. (Dernières règles datant de seize jours).

Urines : Tu = .925. Urobiline 0. Albumine 0.

OBSERVATION LXVII

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : neuf mois et demi

Femme âgée de 42 ans. Début il y a dix ans au moment de l'arrivée des règles, par une douleur épigastrique brusque, s'irradiant dans l'épaule droite. Cette crise est accompagnée de vomissements bilieux et de subictère. Pendant 3 ans les crises se répètent dans les mêmes conditions d'apparition ; puis elles cessent pendant plusieurs années. Depuis 1 an, la malade présente une crise toutes les 3 ou 4 semaines avec subictère. A l'examen on trouve une douleur à la pression au point vésiculaire.

Opération le 1^{er} mars 1920 par M. HARTMANN. Cholécysectomie rétrograde. La vésicule adhère au niveau de son bassinnet au colon et à l'épiploon. Elle contient un gros calcul arrondi du volume d'une bille et une série de petits.

Suites immédiates : simples. Ablation du drain le 3 mars.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 15 décembre 1921. Durant les 21 jours passés à l'hôpital après l'opération, la malade prétend avoir eu 3 crises douloureuses sans ictère. La première crise est apparue dès que la malade a repris son alimentation. Ces crises consistaient en douleur épigastrique survenant aussitôt après le repas, mais sans correspondance dorsale. Cette douleur était calmée par le vomissement qui survenait quelques instants après. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle a présenté pendant 1 an des crises semblables à raison d'une crise toutes les 6 semaines. Depuis, les crises tendent à s'espacer davantage ; elles ne surviennent plus que tous les 3 mois. Elle a constaté parfois de la bile dans ses vomissements bien que beaucoup plus rarement et en moins grande quantité qu'avant l'opération. Elle n'a jamais eu d'ictère. La malade suit très irrégulièrement son régime et n'a jamais fait usage d'aucuns médicaments. Elle use cependant des laxatifs car elle continue à être très constipée.

L'état général est très florissant malgré ces troubles légers. Elle a engraisé depuis l'opération.

Il est à noter que la malade a souffert en même temps depuis l'opération d'hémorragies utérines abondantes et répétées du fait d'un fibrome. Ce fibrome a été traité par 13 applications de rayons X qui ont fait cesser définitivement les hémorragies depuis avril 1921.

Cicatrice oblique, souple et sans éventration, sans adhérences de la peau aux plans profonds. Aucune douleur à la pression. Pas de ptose rénale. Pas de clapotage gastrique. *Cholestérinémie :* 1 gr. 87. *Urines :* sels biliaires : Tu = 894 urobiline : 0.

OBSERVATION LXVIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse aiguë suppurée avec péricholécystite. Suites éloignées : neuf ans et demi.

Femme de 34 ans. Depuis 2 ans $\frac{1}{2}$ se plaint de digestions pénibles, avec sensation de brûlure épigastrique sans irradiations et sans vomissements. Cette douleur survient soit pendant soit aussitôt après, soit 3 ou 4 heures seulement après le repas. Les gardes robes sont régulières. Le 1^{er} juin 1913, elle éprouve brusquement, vers 5 heures du soir, une douleur vive à l'épigastre bientôt propagée à l'hypochondre droit où elle est maxima avec irradiations dans la fosse iliaque droite et les lombes. Cette douleur s'accompagne de vomissements de liquide visqueux incolore. La température est à 39°2 le 4 juin, 37°7 le 6 juin. Douleurs et vomissements se calment par la glace et les applications laudanisées. Mais les vomissements reprennent le 8 quand la malade essaye de se lever. Au palper : masse sous-hépatique arrondie, douloureuse, avec ballottement. Foie de volume normal ; clapotage gastrique. Pas de maladies antérieures sauf une cystite à l'occasion d'une grossesse.

Opération le 18 juin 1913, par M. HARTMANN. Le colon et l'épiploon adhèrent au foie et au fond de la vésicule ; le col et le cystique sont libres d'adhérences. La vésicule est épaissie, grisâtre ; col et cystique sont masqués par un épaississement scléro-adipeux. La vésicule contient du muco-pus et un amas de calculs. Il existe en outre un calcul du bassin. Suture péritonéale enfouissant le moignon du cystique.

L'examen bactériologique après culture du liquide vésiculaire montre du *bacille d'Eberth* identifié par milieux spéciaux et par agglutination. L'examen histologique décèle une paroi enflammée superficiellement, sans abcès dans la profondeur.

Suites immédiates : très simples. Ablation du drain le 22.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 17 janvier 1922. La malade s'est sentie complètement soulagée pendant les 2 années qui ont suivi l'opération. Au bout de ces 2 ans elle a éprouvé pendant 2 jours des douleurs dans le côté droit, à l'épigastre et dans les reins, sans

irradiations dorsale ni scapulaire. Ces douleurs s'accompagnaient de nausées sans vomissements ; les urines étaient très foncées. Cette crise a été assez vive pour nécessiter deux jours de lit. Elle n'a pas eu de lendemain. Enfin, depuis 3 mois, elle se plaint par moments d'une sensation de pesanteur à l'épigastre. Cette sensation survient surtout le matin au lever ou 2 heures après le repas. Elle dure envire une demi-heure. La malade a suivi un régime pendant les 18 mois qui ont suivi l'opération ; elle n'en suit plus depuis lors. A l'examen on aperçoit une cicatrice souple sans éversion ni douleur à la pression ; le creux épigastrique est sensible à la pression profonde, à sa partie moyenne, sur la ligne médiane. On sent sur ce point les battements de l'aorte abdominale. La malade présente d'ailleurs des signes d'éréthisme vasculaire au niveau des vaisseaux de la base du cou. Il y a de la ptose rénale (rein droit abaissé). Pas de clapotage gastrique.

Cholestérinémie : 2 gr. 117 (dernières règles 8 jours auparavant).

Urines : albumine : + ; sels biliaires : T u = 901 ; urobiline : 0.

OBSERVATION LXIX

Cholécystectomie à froid pour cholécystite calculeuse aiguë avec péricholécystite. Suites éloignées : cinq ans et quatre mois

Homme âgé de 33 ans. En mai 1915, présente une crise de diarrhée (6 à 20 selles par jour) avec membranes. Le 8 juillet 1915 étant en traitement à l'hôpital pour une blessure de jambe par éclat de pétard, le malade est pris de coliques hépatiques avec signes de congestion du foie et température à 41° sans ictère. La fièvre ne disparaît que progressivement en 3 semaines, malgré l'emploi de la quinine (malade d'ailleurs sans aucun antécédent paludéen). Les crises se répètent accompagnées chaque fois de la même poussée thermique pendant août et septembre. Un examen de sang pratiqué en septembre aurait décelé la présence du bacille paralyphique B. Les crises diminuent de fréquence (3 ou 4 par

mois) en octobre et novembre et s'accompagnent d'une température moins élevée ($37^{\circ}9-38^{\circ}2$). Le malade ne présente toujours pas d'ictère. Cet état s'améliore encore jusqu'en avril. Nouvelle crise aiguë avec température à 40° du 11 au 12 avril. Vu le 13 mai par M. Hartmann qui constate une légère défense musculaire au palper de la région vésiculaire. Le malade à ce moment est apyrétique depuis plusieurs jours.

Opération le 15 mai 1916, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule rougeâtre, présentant des adhérences au colon et au grand épiploon d'ailleurs faciles à décoller. Il existe 2 petits calculs mûriformes dans l'origine du cystique. L'examen bactériologique du liquide montre un bacille très mobile, donnant du gaz en culture.

Suites immédiates : très simples. Ablation du drain le 19 mai.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu le 21 septembre 1921. Depuis l'opération le malade se plaint d'avoir tous les 3 ou 4 mois une crise douloureuse dans le côté droit avec température à 39° . Cette crise dure 3 jours, sans vomissements, mais avec inappétence. Le malade reste à la diète pendant tout le temps. Dans l'intervalle il se trouve bien, se plaignant seulement de maux de tête fréquents. Les garde robes sont normales et il ne souffre pas de l'estomac. Il n'a jamais eu d'ictère. De temps à autre, il ressent un point de côté, au-dessus du rebord costal, vers la partie moyenne de la cicatrice. Ce point apparaît surtout à l'occasion des efforts. Ces troubles ne l'empêchent pas de mener une vie normale.

A l'examen du ventre on trouve une cicatrice souple, avec une éventration légère au niveau du trajet du drain. On réveille un point douloureux léger à la pression de la partie moyenne de la cicatrice et de la partie supérieure de l'épigastre.

Cholestérinémie : 1 gr. 20.

Urines : T u = 1000 — ; urobiline = 0.

Le malade est mis au régime et à la cure d'eau de Vichy chaude avant les repas.

Revu le 29 novembre 1921, le malade se trouve considérablement amélioré par le régime institué.

OBSERVATION LXX

Cholécystectomie à chaud pour cholécystite calculeuse aiguë avec péricholécystite. Suites éloignées : deux ans et deux mois

Femme âgée de 29 ans. Depuis une scarlatine contractée à vingt ans, la malade souffre de douleurs épigastriques survenant quatre ou cinq heures après les repas, avec irradiations dans la fosse iliaque droite et dans le dos. Ces crises, d'abord espacées, surviennent bientôt deux fois par mois en augmentant d'intensité et s'accompagnant de vomissements. Le 5 mai 1919 la malade ressent une douleur brusque en coup de poignard à l'épigastre et est prise, au même moment, de vomissements bilieux. La température monte à 39°. Pouls petit, rapide. Les douleurs sont continues. Le faciès est plombé, subictérique. A l'examen on trouve un placard douloureux descendant du rebord costal dans le flanc droit.

Opération le 19 mai 1919, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Péritonisation du lit vésiculaire. La vésicule apparaît distendue, de couleur brune, adhérente à l'angle du colon ; elle contient 90 cc de bile épaisse, noirâtre, grumeleuse, vraie boue biliaire, et un gros calcul mûriforme. La muqueuse présente une coloration brune noirâtre, d'aspect sphacélique.

Suites immédiates : Le 20 mai apparaît un écoulement de bile par le drain. Cet écoulement persiste jusqu'au 5 juin. Ablation du drain le 25 mai.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 31 juillet 1921. Pendant la première année consécutive à l'opération la malade se trouve entièrement soulagée à part une constipation tenace. Elle engraisse.

Le 25 décembre 1920 ayant fait depuis huit jours, des écarts de régime importants (ingestion de moules, de crustacés) elle est prise brusquement de nausées puis de vomissements. En même temps, elle ressent des douleurs vives à l'épigastre avec irradiation dans le dos du côté droit, rappelant, dit-elle, les crises qu'elle avait présentées avant l'opération. Cette crise ne s'accompagna ni d'ictère ni même de subictère mais « pendant huit jours ses selles furent comme du mastic et les urines étaient noires ». La crise

douloureuse dure vingt-quatre heures avec alternatives d'exacerbation et d'accalmie. Mais la malade conserve pendant huit jours une intolérance gastrique se caractérisant par des crampes très vives à la moindre ingestion, fût-ce de liquides.

Depuis ce moment elle est sujette aux maux de tête et à des douleurs précordiales. En même temps elle souffre souvent d'un point dans l'hypochondre droit qui s'exagère à l'approche de ses règles. Ces douleurs sont calmées par l'ingestion de salicylate de soude. Elles surviennent en dépit du régime suivi par la malade qui paraît très strict (grillades, pâtes, fruits et légumes cuits, etc.).

A l'examen de l'abdomen on trouve une cicatrice coudée à angle obtus dont une partie répond à la ligne médiane depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic, dont l'autre segment est parallèle et sous-jacent au rebord costal droit. Cette cicatrice est souple et sans éventration. Le foie est de volume normal. Il n'existe pas de points douloureux à la pression au-dessous du rebord costal. Seule la pression de la partie supérieure de la cicatrice réveille une douleur assez vive au niveau de la ligne médiane.

L'examen radioscopique pratiqué par le D^r Lagarenne montre un estomac en forme de J ; estomac petit, descendant jusqu'au niveau des crêtes iliaques ; les parois sont très régulières, souples, indolentes et bien mobiles au palper. Au bout de quelques minutes on voit des bouchées de baryte franchir par décharges le pylore et le duodénum, qui sont très réguliers, indolents et parfaitement mobilisables. Ces remarques s'appliquent aussi bien à l'angle sous-hépatique qu'à la deuxième portion du conduit. La région solaire est un peu douloureuse au palper au niveau de la cicatrice opératoire. Une heure après l'ingestion il reste à peine la valeur d'une cuillerée à soupe de baryte dans l'estomac. L'évacuation est normale.

Cholestérinémie : 2 gr. par litre.

DOULEURS A TYPE PANCRÉATIQUE

OBSERVATION LXXI

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique sans péricholécystite. Suites éloignées : deux ans et trois mois

Femme âgée de 32 ans. Deux enfants. A eu une poussée d'ictère à l'âge de 7 ans. En 1910 la malade se plaint de pesanteur épigastrique après le repas et maigrit. Le 5 octobre 1920 survient une crise de douleurs épigastriques avec irradiation vers l'épaule droite et sensation d'étouffement. Cette crise est calmée par la morphine. Elle s'accompagne d'ictère qui subsiste avec variations jusqu'au mois de janvier suivant. De petites crises avec ictère se répètent jusqu'en 1915. En 1916 et 1917, la malade se plaint de temps à autre d'un point douloureux dans le flanc droit et dans le dos, surtout à l'occasion de fatigues. En septembre 1918, nouvelle crise douloureuse sans ictère. Depuis ce moment des crises analogues se manifestent à intervalles variables. A l'examen on trouve un foie un peu augmenté de volume ; on sent au-dessous du foie une masse douloureuse avec ballottement.

Opération le 12 avril 1919, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule sans adhérences, à parois un peu épaissies, contenant de nombreux calculs.

Suites immédiates : Très léger écoulement de bile par le drain pendant quarante-huit heures. Suppression du drain le 15 avril.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 24 juillet 1921. La malade s'est trouvée très soulagée jusqu'en janvier 1921. Depuis janvier 1921 elle a présenté trois petites crises douloureuses analogues, dit-elle, à celles d'autrefois. La dernière crise date de mai 1921. Mais ces crises ne duraient qu'un quart d'heure et ne s'accompagnaient ni de vomissements, ni de jaunisse, ni de décoloration des matières.

Dans l'intervalle de ses crises la malade prétend souffrir quotidiennement, trois heures après le repas de midi, d'une douleur

colicative, en barre, douleur qu'elle situe dans la partie inférieure de l'épigastre. Ces coliques ne sont pas suivies de garde-robes ni d'expulsion de gaz. Elle souffre moins debout que couchée. Dans le décubitus latéral elle souffre moins sur le côté droit que sur le côté gauche.

La malade est très constipée. Elle ne présente pas de glaires ni de peaux dans ses selles. Elle est sujette aux maux de tête. Elle s'étonne de continuer à souffrir ainsi malgré le régime strict auquel elle n'a cessé de se soumettre depuis l'opération. Elle fait régulièrement usage d'huile de Harlem et s'en trouve soulagée. La malade manifeste une émotivité exagérée. Elle aurait consulté récemment, pour des troubles utérins ; un médecin aurait diagnostiqué un fibrome. A l'examen on constate un sujet aux téguments très pigmentés. Au niveau de l'abdomen existe une cicatrice parallèle au rebord costal droit, souple et sans éventration. Le ventre est uniformément sensible à la palpation. Il semble cependant que l'on puisse admettre l'existence d'un point douloureux plus marqué à la pression profonde au niveau de la partie supérieure de la cicatrice, et d'une zone d'endolorissement diffus au-dessus et à droite de l'ombilic.

Il existe du clapotage gastrique bien que la malade soit à jeun.

Pas de ptose. L'examen de l'appareil génital dénote un utérus légèrement augmenté de volume, en antéversion normale. Les culs de sac sont souples. Les annexes ne présentent rien d'anormal.

Urines : Sels biliaires : Tu = 940. Urobiline +. Albumine 0.

OBSERVATION LXXII

Cholécysectomie pour cholécystite calculieuse chronique.

Suites éloignées : un an et demi

Homme âgé de 33 ans. Début le 23 juillet 1918 à minuit par une douleur dans l'hypochondre droit gênant la respiration, avec irradiation dans la région lombaire du même côté. Cette douleur s'accompagne de vomissements sans ictère. Il persiste pendant un

mois un point douloureux à la pression entre l'ombilic et le rebord costal. Deux mois après, nouvelle crise pendant une saison à Vichy. Depuis, le malade se plaint d'un point douloureux continu dans l'hypochondre droit, avec irradiation dans la région lombaire et dans l'omoplate. A l'examen on trouve au palper, sous le rebord costal, un point douloureux dans l'inspiration profonde. Le malade avait été opéré d'appendicite en 1913.

Opération le 21 juin 1920, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule peu augmentée de volume, grise, scléreuse, remplie de calculs.

Suites immédiates : Ecoulement bilieux abondant durant les premiers jours. Ablation du drain le 8 juillet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu une première fois le 9 octobre 1920. Le malade a commencé à se plaindre huit à dix jours après l'opération, de quelques douleurs dans la moitié gauche du ventre et dans les reins des deux côtés, mais surtout à gauche.

A la palpation on réveille une douleur en barre à la pression de la région pancréatique. L'état général est excellent. Les digestions se font normalement.

Revu une deuxième fois le 18 décembre 1921. Le malade continue à ne présenter aucuns troubles digestifs. Il suit d'ailleurs un régime assez strict : il ne prend de viande qu'une fois par jour sous forme de grillades, il ne mange jamais d'œufs. Il a engraisé de dix kilogs depuis l'opération. Il se plaint de souffrir presque continuellement du côté gauche, à la base du thorax et dans la région lombaire avec, par moment, une sensation de picotement sous le mamelon et dans l'hypochondre droits. Il a été soigné récemment pour pleurite diaphragmatique gauche. L'examen de l'abdomen montre une cicatrice oblique, souple. Cette cicatrice présente à sa partie supéro-interne un point faible, circulaire, du diamètre d'une pièce de un franc. La région pancréatico-cholédoécienne est légèrement sensible à la palpation profonde.

L'examen radioscopique du thorax pratiqué par le Dr Laganne dénote une grosse adénopathie hilare. Mais les culs de sac

pleuraux costo-diaphragmatiques sont clairs. L'examen de l'estomac après repas baryté monte une image normale. La réplétion de l'estomac se fait difficilement ; après quelques efforts de vomissements du fait d'un spasme du cardia, comme on s'en rend compte par l'examen sous les rayons. Il en est de même du duodénum dont le bulbe et l'angle supérieur sont mobilisables par rapport à l'ombre hépatique. L'évacuation se fait dans les délais normaux.

L'auscultation des poumons dénote quelques frottements pleuraux à la base gauche.

La radiographie de l'appareil urinaire est négative.

Cholestérinémie : 2 gr. 35.

Urines : Sels biliaires : Tu = 790. Urobiline o. Albumine o.

OBSERVATION LXXIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec péricholécystite. Suites éloignées : 17 mois

Femme de 49 ans. Depuis 1911, souffre d'entéro-colite avec constipation ; puis elle a de temps à autre des douleurs vagues dans l'hypochondre droit avec subictère passager. En 1919, elle se plaint seulement de quelques malaises. Le 20 mai 1920 est prise de vomissements qu'elle attribue à une indigestion. Le 22, crise douloureuse violente dans l'hypochondre droit et le creux épigastrique ; cette douleur ne diminue qu'au bout de cinq jours. Depuis lors, elle a cinq crises douloureuses survenues à l'occasion d'un examen de la région. Douleur à la pression vésiculaire. A été opérée « des ovaires » il y a des années. L'examen du sang le lendemain d'une crise a donné : 12.857 glob. blancs dont 68 % de monos.

Opération le 5 juillet 1920, par M. HARTMANN. Cholécystectomie rétrograde. Vésicule volumineuse, gris rougeâtre, aux parois épaissies et scléreuses ; elle présente des adhérences molles avec le co-

lon ; elle contient un peu de liquide muqueux et de très nombreux calculs. Deux points sur le lit vésiculaire.

Suites immédiates : Très simples. Ablation du drain le 3^e jour.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 19 décembre 1921. La malade s'est sentie complètement soulagée jusqu'en avril 1921, à part une constipation tenace. Elle suivait d'ailleurs rigoureusement son régime et faisait usage, de temps à autre, d'eau de Vichy. A partir d'avril, elle a commencé de nouveau à souffrir, surtout la nuit vers une heure du matin de petites douleurs sourdes dans le côté droit avec irradiation dans le dos et dans l'épaule droite ; ces douleurs s'accompagnaient d'une sensation de constriction, de barre transversale ; la malade ne vomissait pas et n'avait pas de jaunisse. Ces douleurs, d'abord peu marquées, n'empêchaient pas la malade de vaquer à ses occupations ; elles ont été progressivement en augmentant depuis lors. Cependant durant le mois de juin la malade ne souffre plus. Mais au mois de juillet elle est prise d'une crise douloureuse rappelant celles d'avant l'opération, mais moins forte toutefois, sans vomissements ni ictère ; cette crise dure 4 ou 5 jours ; la malade aurait observé que pendant les derniers jours de la crise ses matières étaient nettement décolorées.

Depuis cette dernière crise la malade souffre presque continuellement. Elle est restée vingt jours dans le service de M. Parmentier durant le mois de novembre dernier ; sous l'influence du repos, ses douleurs se sont un peu atténuées, mais aussitôt sa sortie de l'hôpital elle a recommencé à ressentir les mêmes douleurs. De plus, elle avait des maux de tête fréquents, avait perdu l'appétit et présentait après le repas des régurgitations « pâteuses et amères ».

A l'examen de l'abdomen on constate une cicatrice parallèle au rebord costal, qui est souple et sans éventration, sauf toutefois, sur un point très localisé, répondant au trajet du drain ; en cet endroit, existe une petite déhiscence circulaire du diamètre d'une pièce de 0,50 où s'accuse une légère dépression de la cicatrice. La pression, en ce point, est légèrement douloureuse. On réveille de même une douleur vague au palper suivant une lar-

geur de trois travers de doigt, immédiatement au-dessus et à droite de l'ombilic, au niveau de la zone pancréatico-cholodocienne. Un autre point douloureux paraît net sur la ligne médiane à 3 travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Il n'y a pas de ptose rénale ; on ne constate rien d'anormal à l'examen des autres appareils.

Le tubage gastrique à jeun ne révèle pas de stase ; l'examen du suc gastrique après repas d'épreuve montre un chimisme normal.

L'examen radiologique de l'estomac et du duodénum pratiqué par le Dr Lagarenne, montre une légère fixité de l'angle sous-hépatique de ce dernier, par rapport au foie, sans déformation et sans sténose ; il existe un point douloureux solaire vif. Aucune des zones douloureuses trouvées à l'examen clinique ne répondent à l'ombre gastro duodénale. L'évacuation de l'estomac est complète 3 heures après l'ingestion du repas baryté. L'examen du colon après lavement de baryte ne révèle rien de particulier. Nous devons à l'obligeance du Dr Henri Bécère d'avoir pu radiographier cette malade en vue de déceler un calcul méconnu. Cette épreuve est restée absolument négative.

Nous avons alors essayé de voir quelle était la valeur du suc pancréatique chez cette opérée. L'examen du suc duodénal recueilli par tubage a été fait par notre ami Picard, interne de M. Parmentier, selon la technique de MM. Carnot et Mauban. Cet examen a semblé déceler une légère déficience de la stéapsine.

Cholestérinémie : 2 gr. 50. Urines : sels biliaires : Tu = 957. Urobiline +. Abumine 0.

TROUBLES DOULOUREUX D'INTERPRÉTATION ET DE CLASSEMENT
DIFFICILES.

OBSERVATION LXXIV

*Cholécystectomie pour cholécystite calculieuse chronique avec
péricholécystite. Suites éloignées : quatorze mois*

Femme âgée de 40 ans. Se plaint depuis trois ans de douleurs du côté gauche, irradiées dans le dos du même côté. Ces douleurs surviennent sans horaire fixe et sont augmentées par les secousses, par le décubitus latéral, par les mouvements des bras. Elle a maigri et perdu l'appétit. L'examen du suc gastrique ne montre rien d'anormal au point de vue chimique. Pas d'acide lactique. Pas de sang. On réveille une douleur à la pression au-dessous du rebord costal gauche.

Opération le 8 avril 1913, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule adhérente au colon et au duodénum, contenant une bile noirâtre, épaisse et de nombreux petits calculs. Estomac en V sans lésions.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en juin 1914. Les douleurs ont reparu avec les mêmes caractères. Elles cessent au bout de quelque temps après quelques injections de fibrolysine. Depuis cette époque jusqu'en janvier 1922, la malade s'est toujours très bien portée. Elle n'a jamais eu le moindre trouble hépatique.

OBSERVATION LXXV

Cholécystectomie partielle pour cholécystite calculieuse aiguë suppurée. Cholécystectomie totale deux ans plus tard. Suites éloignées cinq ans et demi.

Homme de 38 ans. Bien portant jusque là, est réveillé brusquement vers 3 heures du matin le 23 mai 1914, par de fortes douleurs dans l'hypochondre droit et à l'épigastre avec irradiations

vers le mamelon, sans vomissements. Le 24, amélioration permettant au malade de se lever et de travailler. Reprise des douleurs le 25 ; ces douleurs n'ont pas cessé depuis. La température s'est maintenue entre 39° et 40° du 27 au 31 mai ; le malade est apyrétique depuis le 4 juin. Le 27, ventre de bois au palper ; la contracture disparaît progressivement les jours suivants ; il subsiste seulement une douleur au point vésiculaire.

Le 17 juin 1914, *cholécystectomie partielle* et drainage de la vésicule par M. HARTMANN. Vésicule cachée par l'épiploon et le colon adhérents au foie. Vésicule à parois épaisses, friables, d'où s'écoule du pus à la ponction. Pas de calculs à l'exploration. L'examen bactériologique du pus montre de rares bactéries sur lame. Après ensemencement on trouve un bacille peu mobile, Gram négatif, non identifié mais qui n'est ni du coli ni du typhique.

A la suite de cette opération persiste une fistule à écoulement muqueux se fermant par moments, d'où :

2° opération le 20 mars 1916, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col* avec excision du trajet fistuleux. Vésicule réduite à un canal fibreux adhérent. Deux petits calculs sont trouvés dans l'origine du cystique.

Suites immédiates : Ablation du drain le 27 mars ; remise en place d'un drain, le 28 à cause de l'existence d'un écoulement bilieux. Suppression définitive de 4 avril.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en décembre 1921. Pendant trois ans le malade s'est trouvé tout à fait bien quoique ne suivant aucun régime. A partir de juin 1917 il commence à souffrir de tiraillements et de crampes au creux de l'estomac, avec irradiations à la base du cou, jamais dans le dos. Ces douleurs survenaient le plus souvent une demi-heure après le repas de midi et duraient 24 à 48 heures, sous forme de douleurs continues sans exacerbations. Elles ne s'accompagnent ni de nausées, ni de vomissements et n'étaient jamais suivies de jaunisse. L'influence de la nature des aliments ingérés sur les crises serait nulle au dire du malade. Pendant six mois, à partir de juin 1917, il a souffert ainsi

quotidiennement. Depuis ces douleurs gastriques ne se montrent plus que par intermittences. Enfin depuis trois ans, le malade est sujet aux vertiges à l'occasion du moindre effort, vertiges accompagnés de nausées passagères. Depuis 1917, il a maigri, dit-il, de 5 à 6 kilogs. Il ne fume pas et boit de l'eau ; pas de spécificité avouée. L'examen de la cicatrice révèle une légère éventration, localisée à la partie inféro-externe de celle-ci (emplacement du drain). On ne trouve aucuns points douloureux à la palpation de l'épigastre ni de l'hypochondre droit, le foie est de volume normal, l'estomac ne présente pas de clapotage. L'examen des différents appareils permet de constater les signes nets d'une maladie de Hodgson.

Cholestérinémie : 2 gr. 70. Urines : sels biliaires : 994. Urobiline : 0. Albumine : +.

CRISES HÉPATIQUES AVEC ICTÈRE

OBSERVATION LXXVI

Cholécystectomie à froid pour cholécystite calculuse suppurée avec péricholécystite. Suites éloignées : six ans et demi

M. X..., docteur en médecine, 43 ans. Début à 25 ans, 6 mois après une fièvre typhoïde, par une crise douloureuse à début brusque avec vomissements. Dans la suite, le malade a des crises tous les 2 ou 3 mois. A 27 ans, il a une série de crises subintrantes avec ictère pendant une année. Depuis, il a continué à avoir des crises de temps à autre sans ictère ; il garde, dans leur intervalle, une sensation constante de pesanteur dans le côté droit, s'exagérant par la fatigue, par les écarts de régime. En juin 1915, dernière crise très violente avec fièvre (température à 38°. 38°5).

Opération le 30 août 1915, par M. HARTMANN. Cholécystectomie

rétrograde. La vésicule contient un gros calcul du bassin et du mucopus. Il existe un point purulent sur le lit hépatique.

SUITES ÉLOIGNÉES. — En janvier 1922, nouvelles reçues par lettre.

Le malade n'a pas cessé d'avoir des crises douloureuses par intermittences depuis l'opération. Ces crises « bien que n'ayant rien de comparable à celles d'autrefois, sont cependant suffisamment douloureuses pour qu'à deux ou trois reprises, il ait été nécessaire de recourir à l'usage de la morphine ». Elles sont précédées en général par des troubles dyspeptiques hyperchlorhydriques survenant deux à trois heures après les repas. Les crises sont caractérisées par un point douloureux très net, limité en un endroit de la cicatrice et ne se propageant plus au dos, mais, si minimes soient-elles, ces crises s'accompagnent de fièvre parfois et toujours d'ictère, fugace du reste. Depuis l'opération, le malade est allé à Vichy tous les ans. Lors de sa cure de 1920, il a eu crises sur crises. La dernière cure s'est, au contraire, bien passée mais depuis son retour il a déjà eu quatre ou cinq crises nouvelles.

Dans l'intervalle le malade ne souffre pas et mène une vie professionnelle très active. L'examen radioscopique de l'estomac récemment pratiqué a montré un organe absolument normal.

CALCUL SECONDAIRE DU CHOLÉDOQUE

OBSERVATION LXXVII

Cholécystectomie à froid pour cholécystite calculeuse suppurée avec péricholécystite. Cholédocotomie pour calcul quinze mois après.

Femme âgée de 64 ans. Souffrait d'une douleur dorsale depuis quelque temps, quand elle est prise de douleurs intercostales gauches pendant une période de 15 à 20 jours. Ces douleurs cessent alors pour faire place à un point douloureux dans l'hypochondre

droit avec irradiations vers l'épigastre et l'épaule droite, accompagnées de vomissements. Présente plusieurs crises douloureuses analogues jusqu'en février 1911.

Le 2 février 1911 est prise d'une douleur en coup de poignard dans le flanc droit avec fièvre (oscillant entre 38° et 39°). Traitée comme appendicite, reste alitée 2 mois. N'a jamais présenté d'ictère.

A l'examen, avant l'opération, on trouve une tuméfaction douloureuse sous-hépatique, légèrement mamelonnée, ballottante, se continuant à gauche avec une induration transversale qui dépasse la ligne médiane. Un peu de clapotage gastrique.

1^{re} opération le 24 juin 1911, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie d'avant en arrière*. Vésicule cachée sous l'épiploon et le colon transverse adhérents tous deux au foie. Elle a des parois épaissies, grisâtres, fibreuses. Elle contient du muco-pus. Sa paroi présente à la coupe de petits abcès miliaires interstitiels. Ces lésions cessent brusquement au niveau du bassinet dont les parois minces et souples sont moulées sur un gros calcul unique.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Tout à fait bien pendant 15 mois, la malade présente en octobre 1912 brusquement une crise douloureuse avec ictère. Depuis elle a une série de crises avec ictère variable. Depuis le début de septembre 1913, elle a une température à 39°-39°5, perte d'appétit, état général grave.

2^e opération le 13 octobre 1913. *Cholédocotomie*, par M. HARTMANN. Ablation d'un calcul. Morte d'anurie le 19 octobre.

TRÔUBLES EN RAPPORT AVEC DES ADHÉRENCES PLUS OU MOINS SERRÉES

OBSERVATION LXXVIII

Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique avec péri-cholécystite. Suites éloignées : six ans

Femme de 36 ans. Début en 1906 par des douleurs vagues dans l'épigastre et dans l'hypochondre droit qui ont été en augmen-

tant pendant 4 ans. En 1910, crise douloureuse violente avec vomissements et diarrhée. Les douleurs débutaient brusquement dans le côté droit au bas ventre remontant progressivement vers l'hypochondre droit et l'épigastre avec irradiations dans le dos et l'épaule droite. Cette crise dure 2 ou 3 heures et cesse brusquement. Depuis ce moment la malade présente des crises analogues périodiques à l'occasion de ses règles. Elle souffre bientôt également dans l'intervalle des périodes menstruelles, se plaignant souvent 3 ou 4 heures après les repas (le jour ou la nuit) d'une douleur colicative partant de la fosse iliaque pour remonter vers l'épigastre ; la douleur cesse au bout d'une demi-heure ; à ce moment, la malade a souvent de la diarrhée, parfois des vomissements et presque toujours elle présente des éructations nombreuses. Ces douleurs post-prandiales n'étaient qu'incomplètement calmées par le bicarbonate de soude mais très atténuées par le régime alimentaire. Opérée pour rétroversion utérine en 1910. En 1912, crise douloureuse avec ictère. Le 13 mai 1913, elle est opérée d'appendicite. Les douleurs du côté droit disparaissent ; mais les crises douloureuses de l'hypochondre droit reparaissent avec subictère. A l'examen avant l'opération : douleur au palper de la région vésiculaire.

Opération le 7 février 1916, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule adhérente au colon, au duodenum et au pylore, contenant des calculs ; 2 catguts sur le lit vésiculaire.

Suites immédiates : Ablation du drain le 16 février.

SUITES ÉLOIGNÉES. — La malade est bien pendant les 3 semaines qui suivent l'intervention, au bout de ce temps elle est prise brusquement vers minuit et bien qu'ayant suivi rigoureusement son régime, d'une douleur en barre à l'épigastre avec sensation d'étouffement sans irradiations : il lui semblait qu'on lui broyait l'estomac. Cette douleur dure 2 ou 3 heures avec alternative d'atténuation et d'exacerbation et cesse progressivement. Elle ne s'accompagne pas de vomissement. La même douleur se répète pendant 3 nuits consécutives. M. Hartmann, alors consulté, ordonne la prise quotidienne d'huile d'olive pendant 3 jours consécu-

tifs, la malade essaie une fois cette thérapeutique mais l'ayant trouvé trop pénible ne l'a jamais réitérée. Ce type de crise ne s'est jamais reproduit depuis. Elle reste à peu près sans souffrir jusqu'en 1920, elle commence alors à présenter à nouveau des crises douloureuses à l'occasion des règles. Ces douleurs ont toujours le même caractère, débutant dans la fosse iliaque droite pour remonter vers l'épigastre. Douleurs colicatives accompagnées par la perception par la malade au palper d'une sorte de masse arrondie du volume d'une mandarine qui se déplace dans la même direction. Ces douleurs cessent au bout d'une heure ou deux, suivies parfois d'une selle diarrhéique ou plus souvent, soit d'éruclations, soit d'émission de gaz par l'anus. Au moment des règles la malade présente des crises ayant les mêmes caractères mais s'accompagnant le plus souvent de vomissements. Depuis cette époque la malade n'a pas cessé de présenter les crises sus-décrites à intervalles plus ou moins rapprochés. Elle n'a jamais eu d'ictère, ses matières n'ont jamais été décolorées.

Examen en janvier 1922... 3 cicatrices visibles à l'inspection ; une sous-ombilicale médiane, une oblique dans la fosse iliaque droite (type incision de Roux, une autre dans l'hypochondre droit parallèle au rebord costal. Ces cicatrices sont souples, non douloureuses, sans adhérences au plan profond, sans éventration. Aucune douleur, ni à l'épigastre ni dans la région vésiculaire, mais la pression profonde au niveau de la zone pancréatico-cholédocienne réveille une douleur assez vive avec irradiation à gauche de la ligne médiane. Sous l'influence de la palpation on provoque une crise douloureuse ; la malade attire l'attention sur la boule dont elle parlait et on reconnaît effectivement, dans la fosse iliaque, une masse dure, globuleuse, non douloureuse, assez mobile transversalement qui subitement n'est plus perceptible et ne peut être que le cœcum en contraction passagère.

L'examen clinique du petit bassin montre que l'utérus est resté bien fixé, le fond de l'organe est douloureux au palper, le col conique est de consistance normale, les cûls de sac sont souples, indolents, les annexes non perceptibles.

L'examen du suc gastrique, fait le 27 janvier 1921 dans le service de M. Parmentier, montre à jeun la présence de 60 cmc. d'un liquide verdâtre dans l'estomac sans particules alimentaires, l'examen chimique après repas d'épreuve dénote une hypopepsie marquée :

$$\begin{array}{rclclcl} A = 109 & H = 0 & C = 120 & H + C = 120 & T = 288 & F = 168 \\ A - H & & E & & & \\ \hline & = 0,9 & & = 1,71. & & \\ C & & F & & & \end{array}$$

L'examen des matières fécales par M. Renaud, le 5 avril 1921, examen portant sur des fragments de viande enrobés dans des sacs de gaze, montre que les graisses sont en quantité insignifiantes : on ne retrouve pas les noyaux des fibres musculaires.

Examen radiologique du tube digestif par M. Lagarenne, le 1^{er} février 1922 :

Estomac en forme de J, descendant à un travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques. Au début de l'ingestion cet estomac paraît être du type hypotonique ; il remonte peu par la manœuvre de Chilaïditi. 5 minutes après l'ingestion les contractions apparaissent et se poursuivent normalement. On ne note aucune irrégularité sur la grande ni sur la petite courbure ; le pylore est net et indolore à la palpation. Au bout d'une heure, c'est à peine si la moitié de la baryte est passée dans l'intestin grêle ; le bulbe duodénal apparaît dilaté, du volume d'un gros marron. En vue oblique il se termine en pointe au niveau de l'angle supérieur du duodénum. Cette zone est douloureuse au palper. L'angle supérieur est fixe par rapport à l'ombre hépatique ; ce n'est que par moments que l'on voit passer la baryte sous l'aspect d'un bol filiforme. Deux heures et demie après l'ingestion, il subsiste un quart du repas dans l'estomac. 4 h. $\frac{1}{2}$ après, il reste encore des traces de baryte dans l'organe. Conclusion : adhérence entre le lit de la vésicule et l'angle supérieur du duodénum.

Cholestérinémie : 2 grammes.

Urines : sels biliaires : T u = 931 — urobiline : + — albumine : 0.

OBSERVATION LXXIX

Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse chronique. Suites éloignées : deux ans et dix mois.

Homme âgé de 60 ans. Traité pour une gastrite en 1886. En janvier 1917, le malade se plaint de tiraillements épigastriques quand il est fatigué, tiraillements s'accompagnant parfois d'irradiations dans la région scapulaire droite, calmés par le repos. En même temps il maigrit. En janvier 1918 présente, un soir, des douleurs violentes dans l'hypochondre droit, pendant trente heures environ. En juillet et août, ressent à plusieurs reprises des douleurs deux heures après déjeuner. Malade constipé.

La radioscopie montre un estomac fortement déformé par de l'aérocolie. Il n'y a pas de stase gastrique. L'examen du suc gastrique donne : A = 150 — T = 109, H = 36.

Opération le 23 octobre 1918, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Le colon transverse distendu cache à gauche l'estomac. Ce dernier ne présente pas de lésions.

La vésicule, scléreuse, contient un gros calcul.

Suites immédiates : Simples. Ablation du drain le 28 octobre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Nouvelles reçues par lettre le 30 août 1921. Le malade s'est senti entièrement soulagé après l'opération et s'est très bien porté depuis la date de celle-ci jusqu'en avril 1920, malgré l'apparition d'une éventration peu de temps après la sortie de l'hôpital. Cette éventration était importante au dire du malade, mais le port d'une ceinture aussitôt institué le soulagea à cet égard complètement.

A partir d'avril 1920, il commence à se plaindre de la lenteur de ses digestions et il maigrit considérablement. Un chirurgien de Limoges, alors consulté conseille une opération. Celle-ci aurait permis de constater l'existence de nombreuses adhérences intestinales (sans doute en rapport avec l'éventration post-opératoire).

Depuis cette deuxième opération le malade est très soulagé mais souffre encore de constipation et d'entérite.

Il n'a jamais présenté de crises douloureuses hépatiques ni d'ictère.

OBSERVATION LXXX

*Cholécystectomie pour cholécystite calculuse chronique avec
péricholécystite. Suites éloignées : un an et cinq mois*

Femme âgée de 34 ans. Début en avril 1916, en pleine santé, par une douleur violente dans la fosse iliaque droite avec nausées et vomissements. La douleur cesse en quatre ou cinq jours. En 1917, elle présente de l'ictère suivi de cinq ou six crises douloureuses en quatre mois. Le 24 juin 1920, nouvelle crise avec fièvre.

A l'examen du ventre on constate au palper une douleur et une contracture de défense au niveau de l'hypochondre droit.

Opération le 21 juillet 1920. M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. 2 points sur le lit vésiculaire.

La vésicule présente quelques adhérences. Elle contient une bile, très épaisse, très visqueuse, noire, quatre calculs dont l'un obture le bassinnet.

Suites immédiates : Simples. Ablation du drain le 3^e jour.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Pendant les six premiers mois après l'opération la malade ne ressent aucun trouble et ne suit pourtant aucun régime.

Depuis février 1921, elle se plaint de troubles digestifs qui ne vont qu'en s'accroissant depuis cette époque.

Presque chaque matin elle a, au lever, des nausées suivies d'efforts infructueux de vomissements. Les digestions sont pénibles et prolongées. Vers cinq ou six heures du soir elle se trouve encore incommodée du repas pris à midi. Elle est sujette à la migraine et a très peu d'appétit. Elle souffre souvent de tiraillements dans le côté droit quand elle se couche sur le côté gauche.

De plus, depuis trois ou quatre mois elle présente du ballonnement de la moitié droite du ventre après le repas. Ce ballonnement cesse au bout d'une heure avec bruit de glouglou et émission de gaz par l'anus.

Enfin, elle présente de temps à autre des crises douloureuses. Celles-ci surviennent au début tous les mois ou tous les deux mois, elles se répètent maintenant toutes les deux ou trois semaines.

Ces crises surviennent tantôt la nuit vers deux ou trois heures du matin, tantôt au lever. Elles débutent par un point douloureux dans le côté droit (la malade a l'impression qu'on lui enfonce un clou dans le côté) avec irradiation dans le dos.

En même temps, elle a l'impression d'une barre épigastrique avec sensation d'étouffement. Au bout d'une heure ou deux, elle est prise de coliques et d'une envie impérieuse d'aller à la selle. Elle présente alors une diarrhée brune et mousseuse qui persiste pendant quarante-huit heures à raison de quatre à cinq selles par jour.

Ces crises ne s'accompagnent ni de vomissements, ni d'ictère, ni de décoloration des matières.

La malade n'a suivi aucun régime ni pris aucun médicament depuis l'opération.

A l'examen du ventre : cicatrice oblique à tendance chéloïdienne avec rétraction légère des plans superficiels au niveau du trajet du drain. En ce point, on sent au palper une induration profonde qui remonte sous le rebord costal. Cette zone indurée est douloureuse au palper. On réveille aussi de la douleur à deux travers de doigt à droite de l'ombilic. Le cœcum paraît nettement distendu à la percussion.

Cholestérinémie : 1 gr. 80.

L'examen radiologique de l'estomac fait par M. le D^r Lagarenne montre un estomac en J, de péristaltisme normal, sans déformation de ses courbures. Le bulbe duodénal s'injecte mais l'angle supérieur du duodénum est fixe par rapport à l'ombre hépatiques ; ses limites sont peu nettes. Le passage dans la deuxième portion du duodénum se fait en nappe mince ; cette zone est douloureuse à la palpation. Au bout d'une heure $1/4$ un peu plus de la moitié de la baryte est évacuée. Deux heures $1/2$ après l'ingestion, l'estomac est vide.

CHOLÉCYSTITES NON CALCULEUSES

MALADES DÉCÉDÉS DEPUIS L'INTERVENTION

OBSERVATION LXXXI

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs. Suites éloignées : décédée d'embolie huit mois plus tard

Femme de 44 ans. Souffre, en octobre 1918, de crampes d'estomac qui sont calmées par l'ingestion de boissons chaudes. En décembre ces crampes font place à des douleurs dans l'hypochondre droit qui cessent brusquement au bout de 5 jours. La malade est bien jusqu'en novembre 1919, où survient une crise douloureuse très violente avec subictère. Depuis elle présente des crises fréquentes dans l'epigastre et l'hypochondre droit avec irradiation au milieu du dos. Douleur au point vésiculaire. Signes de dilatation aortique ; deux grossesses.

Opération le 5 janvier 1920 par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde.* La vésicule ne contient pas de calculs. *Suites immédiates :* Ablation du drain le 8 janvier.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Nouvelles reçues du mari. La malade a été entièrement soulagée après l'opération. Elle est décédée subitement d'une embolie, en septembre 1920.

MALADES COMPLÈTEMENT SOULAGÉS PAR L'OPÉRATION

OBSERVATION LXXXII

Cholécystectomie et appendicectomie à froid pour cholécystite aiguë sans calculs avec péricholécystite suppurée et appendicite. Suites éloignées : seize ans et demi.

Homme de 35 ans. Depuis 3 ans a eu une série de crises de coliques hépatiques sans ictère.

Dans la nuit du 1^{er} au 2 février 1905, le malade a une nouvelle crise avec vomissements, qui se prolonge. Le 2, température à 39°, défense musculaire localisée au tiers supérieur de la moitié droite du ventre. Le 3, ballonnement, douleur rectale, température 38°7. Le nez est pincé, les yeux sont encavés. 1^o *Opération*, le 3 février 1905, par M. Hartmann. Incision sous-costale qui permet l'évacuation d'une collection fétide sous-hépatique. La vésicule contient une bile visqueuse noire ; une traînée purulente descend en dehors du colon, on fait alors une deuxième incision hypogastrique qui permet l'ouverture d'une collection fétide prérectale. 2^o *opération*, le 11 avril, ouverture d'une collection suppurée du flanc droit. Le pus examiné bactériologiquement contient du colibacille et un gros bacille anaérobie.

3^o *opération* le 7 mai 1905, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col et appendicectomie*.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en 1921 et en 1922, le malade n'a jamais présenté le moindre trouble depuis l'opération. Santé parfaite.

OBSERVATION LXXXIII

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs, avec péricholécystite. Suites éloignées : deux ans et dix mois

Homme de 42 ans, alcoolique, présente depuis huit ans, des troubles digestifs sous forme de crises douloureuses violentes dans le côté droit, avec vomissements. Il a été traité jusqu'ici pour hyperchlorhydrie. A l'examen on trouve une douleur au point vésiculaire. Clapotage gastrique et péristaltisme visible.

Opération le 20 décembre 1905, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond, vers le col*. Vésicule encastrée dans le foie, adhérente au pylore et au duodénum. Elle contient 60 cc de bile épaisse, verdâtre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en juin 1907. Santé parfaite mais le malade surveille un peu son régime. Revu en septembre 1908, dans

le service de M. Talamon où il est entré pour une poussée de tuberculose pulmonaire. Le malade n'a plus jamais souffert de l'estomac depuis l'opération. Cicatrice sans éventration, sans douleur au palper.

OBSERVATION LXXXIV

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs et sans péricholécystite. Suites éloignées : quatre ans

Femme de 24 ans. Contracte, à 20 ans, une fièvre typhoïde suivie de rechute. Au cours de cette rechute : crise douloureuse dans l'hypochondre droit. En février 1912 : crise de douleurs épigastriques avec vomissements. A la moindre fatigue elle fait une poussée thermique à 38° ; au moindre écart de régime elle éprouve des douleurs hépatiques et épigastriques. En janvier 1914, appendicectomie. Elle continue à présenter des douleurs hépatiques et épigastriques avec vomissements. De temps à autre, elle a depuis, des crises douloureuses avec état fébrile à 38° ou 39° dans leur intervalle. Par périodes elle a aussi des troubles cardiaques avec lipothymie. Douleur au point vésiculaire au palper.

Opération le 20 mars 1917, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule sans adhérences et sans calculs ; elle contient un liquide jaune verdâtre, visqueux.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en 1920 et en 1921. Continue à se bien porter depuis l'opération.

OBSERVATION LXXXV

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs, avec périhépatite. Suites éloignées : trois ans

Homme de 42 ans. Depuis 18 ans, a des crises douloureuses qui se répètent à deux mois et demi ou trois mois d'intervalle ; ces crises débutent 3 à 4 heures après le repas, même la nuit et du-

rent 5 à 6 heures sans s'accompagner d'ictère ; exceptionnellement surviennent des vomissements qui mettent fin à la crise. Dans l'intervalle des crises l'hypochondre reste endolori, avec irradiation vers l'épaule droite. Dernière crise le 14 janvier. Etat général médiocre.

Opération le 21 janvier 1918, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie du fond vers le col.* Adhérences pariétales de l'épiploon, nombreuses adhérences entre foie et diaphragme. Le pylore et le duodénum sont normaux. Vésicule non adhérente, de coloration grise, aux parois épaissies, sauf au niveau du bassinet qui, distendu et aminci, laisse voir par transparence la coloration de la bile ; le cystique n'est pas dilaté. Le liquide retiré de la vésicule est un liquide visqueux et gluant ; il se montre stérile à l'examen.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en décembre 1921. Le malade n'a jamais rien ressenti depuis l'opération, ni du côté du foie ni du côté de l'estomac. Appétit parfait.

OBSERVATION LXXXVI

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs, avec péricholécystite. Suites éloignées : 2 ans et onze mois

Homme âgé de 56 ans. Début brusque, en pleine santé, le 23 juillet 1918, par une douleur dans la partie inférieure droite de l'abdomen ; bientôt après survient une crise douloureuse très violente avec irradiations dans l'épaule droite et subictère. Le 30 juillet apparaît une nouvelle crise plus atténuée, laissant à sa suite de la contracture de défense de la partie supérieure du grand droit au palper à droite.

Opération le 26 août 1918, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde.* Foie grisâtre, un peu scléreux. Vésicule adhérente au duodénum. Ganglion au voisinage du bassinet.

Suites immédiates : Simples. Ablation du drain le 31 août.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Le malade se déclare entièrement soulagé depuis l'opération. Il n'a plus jamais présenté le moindre trou-

ble douloureux, ni le moindre trouble digestif. Jamais d'ictère. Les garde-robes sont normales. A l'examen du ventre, cicatrice souple, sans éventration. Aucune douleur au palper.

Cholestérinémie : 1 gr. 875.

OBSERVATION LXXXVII

Cholécystectomie pour cholécystite aiguë suppurée sans calculs, avec péricholécystite. Blessure accidentelle du cholédoque. Suture immédiate. Buérison. Suites éloignées : 9 ans $\frac{1}{2}$.

Femme de 39 ans. Début en 1897, par une crise de coliques hépatiques avec ictère, fièvre et vomissements. Nouvelle crise analogue en novembre 1910. Le 30 mai 1912, douleur violente dans l'hypochondre droit, irradiée à l'épigastre et l'épaule droite ; accalmie le 2 juin ; reprise des accidents le 3 juin avec frissons, douleurs, diarrhée verdâtre, vomissements. A l'examen du ventre : tuméfaction douloureuse descendant du rebord costal vers l'ombilic, mate à la percussion, 9 à 37°8. Subictère. Antécédents : fièvre typhoïde à 9 ans, 6 enfants.

Opération le 15 juin 1912, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde pour cholécystite suppurée.* Il existe des adhérences serrées avec l'épiploon, le colon et le duodénum. On blesse accidentellement le cholédoque, pendant la section du cystique ; suture immédiate de ce dernier avec de la soie floche.

Suites immédiates : Ecoulement bilieux du 15 juin au 2 juillet. Matières décolorées du 20 juin au 27 juillet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — La malade est revue le 17 octobre 1912 allant très bien.

Revue encore en février 1922. Depuis l'opération la malade n'a jamais souffert ; elle n'a jamais eu de crises douloureuses ; les selles sont régulières et faciles alors qu'avant l'opération cette malade restait souvent plusieurs jours sans garde-robes. Elle mange de tout et digère bien. Elle a eu seulement à deux ou trois reprises, depuis son intervention, de petits vomissements jaunes,

non alimentaires, d'apparence bilieuse. Elle a eu récemment une pleuro-pneumonie droite dont elle est actuellement remise. Cicatrice souple, sans éventration. Ventre partout indolore au palper.

OBSERVATION LXXXVIII

Cholécystectomie pour cholécystite subaiguë sans calculs, avec péricholécystite. Suites éloignées : six mois

Femme de 25 ans. A eu une jaunisse à 11 ans, un embarras gastrique à 22 ans. En 1919, a présenté une crise douloureuse dans le bas ventre avec vomissements, ayant duré 5 ou 6 jours. Le 13 juillet 1921 elle est prise, au réveil, d'une douleur vive dans le côté droit du bas ventre, avec nausées, vertiges, diarrhée, température à 39°. A l'examen du ventre il n'y a pas de défense musculaire mais il existe une douleur au point vésiculaire à la palpation profonde ; le ballottement hépatique réveille une douleur au même point. Petite masse douloureuse, de la grosseur d'une noix, dans le cul de sac droit au toucher vaginal.

Opération le 27 juillet 1921, par M. GOUVERNEUR. Incision latérale droite, parallèle au rebord costal. Il existe quelques adhérences entre la vésicule et le colon. *Cholécystectomie du fond vers le col.* La vésicule contient une bile peu modifiée d'aspect, par des calculs.

Suites immédiates : Très simples. Ablation du drain le 30 juillet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Nouvelles reçues en janvier 1922. La maladie est entièrement soulagée depuis l'opération. Santé parfaite.

TROUBLES SANS RAPPORT AVEC LA RÉGION OPÉRATOIRE

OBSERVATION LXXXIX

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs, avec péricholécystite. Suites éloignées : dix ans et demi

Femme âgée de 33 ans. Début brusque, à l'âge de 18 ans, pendant une période menstruelle, par une crise de douleurs violentes dans l'hypochondre droit, avec irradiations vers l'épigastre et la fosse iliaque droite. A 24 ans, hystérectomie vaginale. La malade continue à souffrir du côté droit. A 27 ans, ablation de l'appendice. Les douleurs continuent avec les mêmes caractères, s'accompagnant par moments de vomissements ou de diarrhée avec migraines fréquentes. A l'examen douleur nette au palper de la région vésiculaire, clapotage gastrique, ptose rénale.

Opération le 28 janvier 1911, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule adhérente, au voisinage de son col, au duodénum et au transverse, contenant une bile épaisse, noire, sans calculs.

Suites immédiates : simples ; suppression du drain le 1^{er} février.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 2 mars 1912. N'a plus souffert depuis l'opération ; n'a plus jamais vomi. La malade a engraisé de 11 kilos. Le clapotage gastrique a disparu. Revue le 1^{er} juillet 1921 par M. Parmentier. La malade présentait quelques troubles digestifs paraissant en relation avec une tuberculose pleuro-pulmonaire.

OBSERVATION XC

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs, avec péricholécystite. Suites éloignées : dix-sept mois

Femme âgée de 36 ans. Avait eu une poussée d'ictère à l'âge de 4 ans. Depuis 1905 a souffert de crises douloureuses dans l'épigastre et l'hypochondre droit, survenant à intervalles variant de quel-

ques semaines à quelques mois. En 1916, subit une appendicectomie. Le 12 septembre 1917, à 4 heures, la malade est réveillée par des douleurs violentes de la partie supérieure du ventre, irradiées dans l'hypochondre et derrière l'épaule du côté droit, avec vomissements. Ces symptômes cessent brusquement à 17 heures. Malade constipée, présentant des digestions lentes et pénibles. A l'examen, à l'éveil une douleur au palper de la face inférieure du foie. On sent le rein droit abaissé.

Opération le 28 novembre 1917, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule, à part son fond, est enfoncée dans un bloc d'adhérences unissant le colon et le duodénum. Elle ne contient ni calculs ni pus.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 30 avril 1919. La malade n'a plus présenté une seule crise hépatique depuis l'opération. Elle éprouve de temps à autre quelques douleurs au niveau de sa cicatrice. Depuis février 1919, elle se plaint surtout de troubles utérins.

OBSERVATION XCI

Chlécystectomie pour cholécystite chronique non calculeuse et marsupialisation d'un kyste hydatique. Suites éloignées : quatorze mois.

Femme âgée de 34 ans. Début il y a trois ans par des crampes d'estomac avec vomissements et ictère passager. 1 an après, elle souffre d'un point douloureux continu dans le côté droit accompagné de temps en temps de crises douloureuses dans l'hypochondre et dans le dos. En 1920, après une saison à Vichy, éclate une crise plus violente avec jaunisse ; on constate alors une voussure manifeste de l'hypochondre droit. Il existe de la douleur à la pression, au niveau de la partie supérieure droite de l'épigastre et des derniers espaces intercostaux. Pas de douleurs sous-hépatique. La radioscopie montre une tuméfaction arrondie sous-hépatique. Eosinophilie : 9,5 %.

Opération le 23 octobre 1920, par M. HARTMANN. Marsupialisa-

tion du kyste hydatique. Cholécystectomie. La vésicule est remplie par un *mastic jaunâtre* assez consistant, sans calculs véritables. Elle faisait partie intégrante de la poche kystique et a été rééquée avec elle.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Nouvelles reçues le 20 décembre 1921. La malade se porte très bien depuis l'opération. Bien que ne suivant aucun régime elle n'a jamais souffert au niveau du foie. Mais elle est actuellement en traitement à Toulon pour une crise d'appendicite.

OBSERVATION XCII

Cholécystectomie pour cholécystite chronique à poussées aiguës sans calculs, avec péricholécystite. Suites éloignées : deux ans.

Femme de 29 ans. Début en avril 1915, 18 jours après un accouchement, par une crise douloureuse très violente dans l'hypochondre droit avec fièvre (40°) ; cette crise dure 3 ou 4 jours ; 2° crise très violente en juin 1915. 2° accouchement en octobre 1916, suivi de fièvre (40°), attribuée à la grippe. En janvier 1918, 12 jours après un 3° accouchement, crise douloureuse très violente dans l'hypochondre droit avec fièvre (40°-41°), nouvelle crise en juillet. 5° crise en avril 1919, avec fièvre, durant 15 jours. Autres crises en août 1919, débutant peu avant les règles, reprenant après celles-ci et s'étant répétées depuis lors avec subictère. Au palper : douleur à deux travers de doigts au-dessous du rebord costal droit.

Opération le 16 septembre 1919, par M. OKINCZYC. Cholécystectomie rétrograde. Le foie est adhérent jusqu'au voisinage de son bord au péritoine pariétal. La vésicule biliaire, assez volumineuse, est congestionnée ; elle contient une bile noirâtre ; sa muqueuse est très épaissie et présente par places un aspect hémorragique ; en 2 ou 3 points on voit de petites saillies polypiformes pédiculées.

Suites immédiates : simples. Ablation du drain le 19 septembre.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 28 décembre 1921. La malade n'a plus présenté de crises douloureuses depuis l'opération ni d'ictère. Les gardes robes ont toujours été de coloration normale.

Un an après l'opération elle a commencé à se plaindre de troubles digestifs consistant en somnolence et maux de tête après les repas, grande lenteur des digestions, météorisme post-prandial. Ces troubles étaient calmés par le décubitus, s'exagéraient par la station debout. La malade restait constipée avec glaires et peaux dans les selles. Radioscopée à l'hôpital Saint-Antoine, on lui découvre une ptose gastrocologique manifeste. La malade porte alors une sangle que lui prescrit un médecin et se met au régime et se trouve au bout de peu de temps entièrement soulagée.

A l'examen du ventre : cicatrice parfaite ; aucuns points douloureux au palper. Foie de volume normal avec tendance à la ptose ; le rein droit est abaissé. Pas de clapotage gastrique.

Cholestérinémie : 1 gr. 75.

PETITS TROUBLES

TROUBLES DIGESTIFS

OBSERVATION XCIII

Cholécystectomie pour cholécystite chronique avec péricholécystite. Sans calculs. Suites éloignées : cinq mois

Femme âgée de 46 ans. Depuis cinq mois présente des digestions pénibles avec douleurs dans le côté droit et vomissements. Depuis dix jours la douleur est continue. Au palper masse sous-hépatique, sensible à la pression, aux limites imprécises.

Opération le 25 mars 1909, M. HARTMANN. *Cholécystectomie d'avant en arrière.* Vésicule aux parois fibreuses, englobée dans une masse d'adhérences qui l'unissent au colon et au duodénum.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en septembre 1909. Souffre encore après les repas de douleurs épigastriques avec ballonnement et renvois acides.

OBSERVATION XCIV

Cholécystectomie pour cholécystite aiguë sans calculs, avec péricholécystite : Suites éloignées : un an et cinq mois.

Homme âgé de 27 ans. Début le 13 mai 1920 en pleine santé par un point douloureux persistant, dans le côté droit. Le 25 mai les douleurs s'exagèrent surtout sous l'influence des mouvements. Il entre à l'hôpital dans un service de médecine. Il présente une température à 38°5 ou 39 pendant quelques jours avec hyperleucocytose (13.000). Passé en chirurgie le 3 juillet. On trouve un foie augmenté de volume avec une tuméfaction douloureuse sous-hépatique. Scarlatine et rougeole dans l'enfance.

Opération le 7 juillet 1920, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Il existe des adhérences lamelleuses du bassinet au colon et au duodénum. Gros ganglion au niveau du bassinet. La vésicule contient une bile claire qui s'est montrée stérile à l'examen. Muqueuse abrasée, sans lésions inflammatoires profondes.

Suites immédiates : Simples. Ablation du drain le 16 juillet.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu le 19 décembre 1921. Le malade n'a jamais souffert depuis l'opération et n'a jamais eu d'ictère. Il a cependant repris une vie fatigante (comptable). Il se plaint seulement d'une certaine tendance à la constipation. De plus, depuis trois ou quatre mois, il a présenté une fois par mois, dans des moments de surcroît de travail, les symptômes suivants : Etant constipé depuis deux ou trois jours et se sentant mal en train, il est pris vers vingt-trois heures, de vomissements bilieux. Ces vomissements ne contiennent jamais d'aliments. Il est pris, en même temps, de diarrhée ; les selles sont jaunes et mousseuses. Dès l'apparition des vomissements et de la diarrhée il se sent soulagé et peut reprendre une alimentation normale. A l'examen de

l'abdomen on trouve une cicatrice oblique, souple, sans éven-tration. Aucuns points douloureux au palper.

Cholestérinémie : 1 gr. 50. *Urines* : sels biliaires : Tu = 843.
Albumine = 0. *Urobiline* = 0.

TROUBLES DOULOUREUX DE TYPE HÉPATIQUE AVEC OU SANS CRISES
ET SANS ICTÈRE

OBSERVATION XCV

*Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs, avec
péricholécystite. Suites éloignées : 3 ans et dix mois*

Femme âgée de vingt-six ans. Début brusque en 1903, par des douleurs dans l'hypochondre droit avec irradiations dans l'épau-le ; douleurs accompagnées de vomissements. Cette crise dure quelques heures. Ces crises reviennent une fois par an dans la suite. En octobre 1916, survient une crise plus violente, durant quinze jours et accompagnée de subictère. Depuis cette époque, les crises se répètent tous les mois. Dans l'intervalle des crises, elle souffrait fréquemment une demi-heure après les repas de crampes d'estomac très vives.

A l'examen on trouve une douleur nettement localisée à la pres-sion sous le rebord costal, à quatre travers de doigt de la ligne mé-diane. On réveille une douleur au point symétrique en arrière.

Opération le 16 octobre 1917. *Cholécystectomie rétrograde*, par M. HARTMANN. Il existe des adhérences nombreuses unissant la vé-sicule au colon et au grand épiploon. La vésicule est rouge, con-tient un liquide bilieux visqueux, sans pus et sans calculs. Ce li-quide est amicrobien à l'examen bactériologique.

Suites immédiates : Simples.

SUITES ÉLOIGNÉES. — 1° Revue le 2 novembre 1917. A eu, à trois reprises, quelques douleurs dans le flanc droit et dans le dos pendant quelques heures. Elle présente un peu de diarrhée depuis son opération. Au palper on réveille une douleur peu vive, sur-tout au point de Mac Burney.

2° Revue le 23 juillet 1921. Depuis l'opération elle a continué à présenter des crises rappelant les crises antérieures, mais ces crises sont moins prolongées qu'autrefois. Elles seraient plus fréquentes pendant l'hiver que pendant l'été. Ces crises sont caractérisées par une douleur dans le côté droit avec irradiation dans le dos et dans l'épaule. Elles ne s'accompagnent jamais d'ictère ni de décoloration des selles.

Dans l'intervalle des crises, la malade garde seulement un peu de sensibilité de l'hypochondre droit quand elle marche ou quand elle tape du pied. Quant aux crampes d'estomac dont elle souffrait avant l'opération, elles n'ont jamais reparu.

Les garde-robes sont régulières et normales d'aspect. La malade n'use pas de laxatifs. L'appétit est conservé. La malade digère facilement, bien qu'elle ne suive aucun régime.

Pour éviter le retour de ses douleurs elle a essayé de prendre de la glycérine ou du calomel. Elle prétend que ces médicaments aggravent ses maux. Elle se trouve bien, par contre, de l'huile de Harlem dont elle prend XV gouttes tous les deux jours.

Ces troubles sont en somme légers et n'empêchent pas la malade de mener une vie normale.

A l'examen du ventre on trouve une cicatrice parallèle au rebord costal, cicatrice souple, sans adhérences aux plans profonds, sans éviscération. La palpation ne réveille aucune douleur sous le rebord costal ni à l'épigastre. Toutefois on constate une légère douleur à la pression dans la zone pancréatico-cholédocienne, à deux travers de doigt au-dessus et à droite de l'ombilic.

Cholestérinémie : 1 gr. 66 (dernières règles datant de cinq jours).

OBSERVATION XCVI

Cholécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs, avec péricholécystite. Suites éloignées : 20 mois

Femme âgée de 39 ans. Deux grossesses. Début en août 1910. En pleine santé, la malade est prise brusquement de douleurs

très violentes dans l'épigastre et l'hypochondre droit avec léger ictère ; elle reste alitée quelques jours. En 1912, crises tous les deux mois, les dernières avec vomissements bilieux, les douleurs s'irradient cette fois dans l'épaule et dans le bras droits. Accalmie prolongée de 1913 à 1919. Les crises reprennent alors, laissant dans leur intervalle un endolorissement de l'hypochondre droit. A l'examen du ventre, douleurs à la pression au point vésiculaire.

Opération le 17 novembre 1919, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule contient une bile visqueuse noirâtre, sans calculs.

Suites immédiates : écoulement d'une petite quantité de bile le 18 novembre. Suppression du drain le 21.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue le 20 juillet 1921. La malade n'a jamais présenté de crises douloureuses ni d'ictère depuis l'opération. Elle a engraisé de cinq kilogs. Elle n'a plus jamais souffert non plus de la région épigastrique, mais elle se plaint d'avoir encore quelques douleurs légères dans le côté droit. Ces douleurs surviennent par intermittences quelques fois la nuit, parfois aussi le jour quand elle marche ou qu'elle est fatiguée. Elle a de la tendance à la diarrhée depuis l'opération. A l'examen du ventre on constate une cicatrice parallèle au rebord costal droit, souple et sans éventration ; aucuns points douloureux au palper. Le ventre est flasque. Il y a du clapotage gastrique ; le rein droit est abaissé.

Cholestérinémie : 2 gr. 25.

Douleurs à type pancréatique

OBSERVATION XCVII

Chlécystectomie pour cholécystite chronique sans calculs et sans péricholécystite. Suites éloignées : deux ans et trois mois

Femme âgée de vingt-sept ans. A eu à douze ans une poussée d'ictère suivie de petites crises de congestion hépatique sans troubles

gastriques. En avril 1913, crise douloureuse avec vomissements et ictère. Crises semblables en mars et décembre 1916. En juillet et en décembre 1918, crises douloureuses sans ictère, avec crises atténuées dans l'intervalle. Le 19 février 1919, souffrant depuis une quinzaine de jours d'endolorissement hépatique avec subictère, le malade présente brusquement une crise de douleurs violentes irradiées dans l'épaule et dans le bras droits avec température à 38°1 ; cette crise est accompagnée de quelques vomissements bilieux. A l'examen du ventre, une douleur et une défense musculaire localisée à la partie supérieure du côté droit du ventre.

Opération le 23 mars 1919, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule sans adhérence et sans calculs.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revue en juillet 1921. Le malade présente trois ou quatre fois par an, depuis l'opération, des crises douloureuses épigastriques violentes, sans ictère, avec poussée fébrile (38°5). A l'examen du ventre on trouve une douleur à la pression le long du pancréas (?) à droite et à gauche de la ligne médiane.

CRISES HÉPATIQUES AVEC ICTÈRE

OBSERVATION XCVIII

Cholécystectomie pour cholécystite aiguë suppurée sans calculs, avec péricholécystite. Suites éloignées : sept ans et dix mois

Homme âgé de 18 ans, étudiant en médecine ; présente en mars 1911, une première crise de cholécystite au cours d'une fièvre typhoïde (douleurs dans l'hypochondre droit très violentes avec irradiation dorsale et scapulaire et tuméfaction sous-hépatique au palper). En mai 1912 deuxième crise douloureuse. A la suite de cette crise la région vésiculaire reste douloureuse à la pression. En janvier 1914 dernière crise avec température à 39° et vomissements bilieux. Au palper : contracture de défense et sensation de

placard douloureux descendant du rebord costal vers l'ombilic. Dans l'intervalle des crises le malade se plaignait de constipation chronique.

Opération le 12 février 1914, par M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule est petite, rétractée, adhérente au colon, à l'épiploon et au duodénum. Elle contient du mucopus où l'examen bactériologique a décelé du colibacille. Mais pas de bacille d'Eberth. La vésicule ne renferme pas de calculs.

SUITES ÉLOIGNÉES. — Revu en janvier 1922. Le malade, parti en campagne à la mobilisation, est pris le matin du 15 août 1914, vers dix heures du matin, d'une crise douloureuse violente dans l'hypochondre droit sans irradiations, avec nausées non suivies de vomissements et sans ictère. Cette crise, beaucoup moins violente que les crises antérieures, dure trois ou quatre heures et tourne court. Le malade dit que ses crises antérieures étaient toujours précédées d'une sensation de faim impérieuse très spéciale ; ce symptôme ne s'est pas manifesté lors de cette crise ni des suivantes. Fin septembre 1914, ayant de la diarrhée depuis quatre ou cinq jours (fait coïncidant avec une période où le ravitaillement de son régiment était défectueux), il a, vers cinq heures du soir, une nouvelle crise de douleurs qui se localisent cette fois dans l'épigastre et dans l'hypochondre droit. La crise a duré toute la nuit avec vomissements. Elle a été suivie, deux ou trois jours après, d'une poussée de *subictère* avec *urines foncées*, selles moins *colorées* pendant quatre ou cinq jours. Au bout de ce temps le malade a pu reprendre son service. Il a pris alors du sulfate de soude à petites doses pendant quelque temps. En novembre 1914, troisième crise sans ictère ni fièvre mais avec vomissements brunâtres et très amers. Quatrième crise quelque temps plus tard lors d'un transport en chemin de fer, comme prisonnier et à la suite d'une alimentation très défectueuse. Cette crise a succédé à une période de diarrhée comme la deuxième, avec vomissements, sans ictère. Elle a été calmée par une injection de morphine.

Enfin dernière crise le 12 juillet 1919. Ayant subi l'ablation d'un kyste poplité, croyant avoir cessé de vomir après l'anesthé-

sie, a été pris, dans la nuit suivante, d'une crise douloureuse dans l'hypochondre droit avec vomissements, très analogues aux précédentes et que la morphine a calmée rapidement. Depuis cette époque le malade n'a plus jamais souffert et mène une vie absolument normale sans suivre aucun régime. Dans l'intervalle des crises il ne souffrait pas, mais il conservait cependant une certaine sensibilité de l'hypochondre droit à la pression profonde. Il est à noter que, très constipé avant l'opération, le malade a toujours eu depuis des garde-robes normales et faciles.

TROUBLES EN RAPPORT AVEC DES ADHÉRENCES PLUS OU MOINS SERRÉES

OBSERVATION IC

Cholécystectomie pour cholécystite chronique, avec péricholécystite. Suites éloignées : gastro-entérostomie pour adhérences hépato-duodéno-coliques deux ans et demi après.

Femme âgée de 47 ans. Début en 1895 par une poussée d'ictère suivie de coliques au bout de 3 jours. La même année, la malade subit une hystérectomie. Ayant eu en 1903 une nouvelle crise avec vomissements répétés, elle subit l'ablation de l'appendice. Deux mois après cette opération la malade continue à présenter des crises douloureuses dans la région du foie. Ces crises se répètent en 1905, en 1912 où elles sont très nombreuses, et en 1917. A partir de ce moment la malade souffre surtout de pesanteur gastrique et de lenteur de digestions. En 1918, les crises reparaissent avec vomissements. Elle conserve dans l'intervalle un point douloureux dans le dos quand elle se fatigue. Douleur à la pression sous le rebord costal droit.

Un examen radiologique pratiqué par le D^r Maingot, le 24 décembre 1918, donnait les résultats suivants : estomac hypersécrétant, sensible à la pression dans la région pyloroduodénale. Le pylore est voisin de l'angle sous-hépatique des colons. Il n'est pas

possible de séparer l'une de l'autre ces deux parties du tube digestif.

Pas de lésions duodénales appréciables. Point douloureux à la partie supérieure du duodénum, peut-être sur la vésicule biliaire.

Le cœcum et le colon ascendant sont de fort calibre. Il y a un peu de stase au repas opaque en amont de l'angle sous-hépatique des colons.

Opération, le 9 janvier 1919, M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. Vésicule adhérente au voisinage du bassinnet.

Suites immédiates : Ablation du drain le 11 janvier. Evacuation d'une petite collection pariétale le 25 janvier.

SUITES ÉLOIGNÉES. — 1° Revue le 28 janvier et le 21 juillet 1921. S'est bien portée jusqu'en décembre 1920. Depuis cette date la malade se plaint d'avoir peu de forces, d'être fatiguée et de présenter souvent un état quelque peu nauséux. De plus, elle est reprise de brûlures d'estomac survenant sans horaire fixe, tantôt avant, tantôt après les repas. Ces brûlures s'accompagnent d'une douleur dans l'hypochondre droit avec irradiation dans la région interscapulovertébrale droite. Elle a de temps à autre du météorisme post-prandial avec coliques. Pendant les crises les yeux deviennent parfois un peu jaunes. Brûlures et douleurs sont calmées par les alcalins ou par l'huile d'olives dont la malade fait usage volontiers. Elle a de l'intolérance pour les graisses, les œufs ; digère assez mal la viande ; elle ne digère bien que les légumes cuits, les pâtes.

L'examen physique, le 21 juillet 1921, dénote un foie de volume normal. La face inférieure de cet organe n'est pas douloureuse à la pression, même dans l'inspiration profonde. On trouve deux points douloureux au palper ; l'un au-dessus et un peu à droite de l'ombilic, l'autre à la partie supéro-interne de la cicatrice où existe une petite éventration.

L'examen radioscopique de l'estomac pratiqué le même jour (21 juillet) montre un estomac en J, aux parois régulières et souples, un bulbe duodénal normal. Les points douloureux trouvés à la palpation n'ont aucun rapport avec l'ombre gastroduodénale.

L'évacuation de l'estomac se fait normalement. Une heure après l'ingestion il reste à peine la valeur d'une cuillerée à soupe de baryte dans l'estomac.

Cholestérinémie le 21 juillet : 2 gr. par litre.

2° Revue le 26 novembre 1921. La malade revient consulter parce qu'elle souffre davantage depuis un mois. Elle se plaint de ressentir au niveau de la partie moyenne de la cicatrice, une douleur continue, sous forme de tiraillements ou de picotements profonds avec irradiation à l'épigastre, à l'ombilic, à la base du thorax, à droite et entre les deux épaules dans le dos. Cette douleur s'exagère à l'occasion des repas. Tantôt elle survient aussitôt les premières bouchées, la malade devant s'interrompre de manger, tantôt trois ou quatre heures après la prise d'aliments.

Cette douleur est exagérée aussi par la station debout. Elle contraint même la malade, depuis quelques jours, à se courber légèrement en avant pendant la marche. Dans la situation couchée, la malade n'est vraiment soulagée que dans le décubitus dorsal. Il lui est impossible de rester couchée sur le côté droit ou sur le côté gauche, sous peine d'une exagération de la douleur, cette exacerbation répondant toujours au même point (partie moyenne de la cicatrice). L'ingestion de bicarbonate de soude ne calme qu'incomplètement et pour un temps ces douleurs. L'appétit est conservé et même paraît exagéré. La malade quoiqu'ayant très faim, n'ose satisfaire son besoin de nourriture. La malade n'a jamais présenté ni vomissements, ni hématemèse, ni melaena.

A l'examen du ventre on constate une modification très nette des signes constatés le 21 juillet précédent. A l'inspection la partie moyenne de la cicatrice paraît légèrement rétractée. On sent au même point, à la palpation, une masse cylindrique, dure, qui paraît remonter sous le rebord costal. Cette masse se continue vers la ligne médiane dans une zone d'empâtement profond. Cette masse est douloureuse à la pression. On réveille un autre point douloureux profond à deux travers de doigt au-dessus et à droite de l'ombilic.

Le tubage de l'estomac, pratiqué quinze heures après un repas de carottes ramène un liquide tenant en suspension des mucosités jaunâtres sans débris alimentaires visibles. Ce liquide est acide au tournesol. **L'examen du suc gastrique** après repas d'épreuve dénote une chlorhydrie sensiblement élevée : $A = 2,46$. $H = 0,87$. $af. = 0,36$. $C = 1,23$. $H + C = 2,10$.

Le tubage duodéal pratiqué à jeun ramène un liquide jaune, limpide, sans caractères particuliers. La réaction de Weber pratiquée sur le liquide est négative. *L'examen radiologique* du tube digestif pratiqué par le D^r Lagareñne donne les résultats suivants : L'insufflation rectale du colon rend visible la face inférieure du foie. Celle-ci présente au niveau de la région vésiculaire, un bord irrégulier et plusieurs petites saillies arrondies ; celles-ci correspondent aux noyaux indurés que l'on sent au palper sous les rayons au-dessous du rebord chondro-costal et qui sont douloureux à la pression.

Après repas baryté on constate que le bulbe duodéal projette son ombre au niveau même de ces noyaux ; on ne peut le dissocier des ombres de ces derniers. L'angle supérieur du duodénum est de même indissociable de l'ombre hépatique. Le pylore semble de contours très réguliers, 4 heures après l'ingestion on retrouve la valeur d'une orange de baryte dans l'estomac. Le retard marqué de l'évacuation pylorique indique un certain degré de sténose au niveau de l'angle supérieur du duodénum. 48 heures après, la malade a eu une selle abondante ; plus trace de baryte dans tout le gros intestin.

Le lavement baryté remplit régulièrement tout le gros intestin ; aucun arrêt ni aucune irrégularité au niveau de l'angle colique droit, mais cet angle est en contact avec le bord inférieur du foie ; il est peu mobile à la palpation sous les rayons.

Opération le 19 décembre 1921, par M. HARTMANN. « Incision médiane partant de l'appendice xyphoïde et suivant la direction de l'ancienne cicatrice, en bas et en dehors, sur une longueur de 4 cm. A l'exploration au doigt on constate des adhérences intimes de la région pyloroduodénale au foie et à la paroi. Nous pen-

sons alors que le décollement ne donnera rien ; nous incurvons l'incision à gauche puis descendons sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic. On peut alors constater que le duodénum est fusionné avec la paroi et le foie et qu'il en est de même de l'angle droit du colon et de l'épiploon.

« Nous cherchons à relever le colon transverse pour faire une gastro-entérostomie postérieure. C'est impossible. L'épiploon adhère à la paroi abdominale antérieure au niveau de l'hypogastre (cicatrice d'hystérectomie ancienne) de même qu'au fond du pelvis. On arrive cependant à rompre ces adhérences en déchirant un peu l'épiploon. On peut alors relever ce dernier et le colon et faire la bouche anastomotique. »

Suites opératoires : très simples. La malade sort le 6 janvier se déclarant entièrement soulagée.

OBSERVATION C

Cholécystectomie pour cholécystite chronique avec lésions adénomateuses sans calculs dans la vésicule, avec péricholécystite. Colo-colostomie pour adhérences hépatocoliques dix mois plus tard.

Femme âgée de 42 ans. Subit en 1901 une appendicectomie et une ovariectomie gauche. 6 mois après, douleurs violentes dans le côté droit du ventre et métrorragies. Hystérectomie et suppression de l'ovaire droit en 1911. Les crises douloureuses continuent ; elles s'accompagnent de frissons, de vomissements et de maux de tête. Les douleurs s'irradient alors vers l'épaule droite et s'accompagnent parfois d'un état lipothymique. Après ces crises qui ne durent que quelques heures, il persiste une douleur vague dans le côté droit du bas-ventre et un peu de subictère. Les crises d'abord espacées tous les 6 mois, augmentent de fréquence. Le ventre est flasque, la pression est douloureuse dans le creux épigastrique et la région sous-jacente au rebord costal droit, surtout lorsqu'on enfonce les doigts sous le foie.

Opération le 18 février 1921. M. HARTMANN. *Cholécystectomie rétrograde*. La vésicule est réunie au colon transverse par une lame d'adhérences solides ; on doit sectionner celle-ci avec les ciseaux. Elle ne contient pas de calculs mais une bile épaisse et noirâtre.

L'examen de la pièce fait par M. Ménétrier montre l'existence en un point de la paroi d'un module où l'on reconnaît un certain nombre de glandes adénomateuses. Ces glandes, développées dans la profondeur forment des dilatations kystiques dans la couche musculaire ; elles en poussent même en dehors de celle-ci sans qu'il y ait pourtant évolution néoplasique manifeste.

Suites immédiates : simples. Ablation du drain le 20 février.

SUITES ÉLOIGNÉES. Revue le 21 décembre 1921. A sa sortie de l'hôpital, la malade se sentait complètement soulagée. Un mois après sa sortie elle revient consulter parce qu'elle souffre du côté droit, mais beaucoup plus bas que la région opératoire ; en même temps elle se plaint que son ventre gonfle au même point par moments. Il n'y a pas de rapport net entre l'apparition de ce gonflement et les repas. Parfois cette voussure débute le matin au lever.

Depuis, la malade a eu deux grandes crises douloureuses ; la 1^{re} date de 2 mois, la 2^e de 3 semaines. Ces crises ont débuté, la 1^{re} vers 7 heures du soir, la 2^e vers 7 heures du matin, par un gonflement de toute la moitié droite de l'abdomen ; des douleurs vives apparaissaient du même côté presque aussitôt, sous forme de constriction très pénible avec irradiation dans la colonne dorsale et l'épaule droite. La malade était en même temps prise de vomissements très abondants, comme de l'eau roussâtre, n'ayant plus les caractères de vomissements bilieux comme avant l'opération.

La crise durait 10 à 12 heures ; elle cessait progressivement, sans gargouillement, mais avec débâcle diarrhéiques. Elle était précédée chaque fois d'une période de constipation prolongée. Dans l'intervalle des crises, la malade présente des alternatives de constipation et de diarrhée avec gonflement et gargouillement dans le côté droit. Elle aurait les yeux jaunes pendant les crises.

A l'examen du ventre : cicatrice oblique, souple, sans adhérences aux plans profond et sans éventration. Douleur au « point vésiculaire » dans l'inspiration profonde. Léger endolorissement de la partie inférieure de l'épigastre à droite de la ligne médiane.

L'examen radioscopique du gros intestin pratiqué par le Dr Lagrenne a donné les résultats suivants :

Le lavement baryté remplit l'ampoule rectale, puis l'anse sigmoïde ; celle-ci, déviée à gauche, forme avec le colon iliaque un grand S italique ; on la dissocie très bien de ce dernier à la palpation. Arrêt très prolongé au niveau de l'angle colique gauche. La progression dans le transverse est très lente ; la partie moyenne du transverse, même en position couchée, décrit un angle qu'on ouvre facilement au palper.

Toute la portion droite du transverse vient s'appliquer contre la face inférieure du lobe droit du foie ; elle est douloureuse à la palpation ainsi que le colon ascendant. En position debout l'angle colique droit reste fixé sous le foie ; son calibre est légèrement irrégulier à ce niveau ; l'angle droit ou du moins la partie droite du transverse est attirée en haut sous le foie.

L'examen radioscopique de l'estomac après repas baryté montre un organe en forme de corne bien régulière. Le bulbe duodénal et l'angle supérieur du duodénum apparaissent assez dilatés et d'une façon continue. Il semble y avoir quelques adhérences entre le lit de la vésicule et la partie supérieure de la 2^e portion duodénale car le bulbe et l'angle supérieur du duodénum restent constamment injectés, adhérences très légères ne déterminant pas de sténose ; on voit, en effet, par moments des bouchées de baryte dilater largement la 2^e portion du conduit. L'estomac est vide 3 heures $\frac{1}{2}$ après l'ingestion.

Par contre, l'examen radioscopique pratiqué au bout de 48 heures permet de constater que le cœcum et la totalité du colon sont encore remplis par la masse barytée. Le cœcum et le colon ascendant paraissent nettement dilatés par rapport au transverse dont le calibre est considérablement réduit.

Opération le 20 janvier 1922, par M. HARTMANN. Incision débu-

tant sur la ligne médiane à 2 cm. au-dessous de l'ombilic contour-
nant celui-ci à gauche pour remonter obliquement en haut et à
droite vers le rebord costal. Epiploon libre. Le 1/4 droit du colon
transverse est fusionné avec le foie. Cæcum et colon ascendant sont
dilatés et rouges. Les 3/4 gauches du colon transverse sont petits,
blancs, rétractés. On pratique une *colo-colostomie latérale* au ni-
veau des deux bandes longitudinales. Fermeture du ventre en 3
étages.

CONCLUSIONS

1° La cholécystectomie pour cholécystite sans drainage de la voie principale est bien, quant à ses suites éloignées, une des plus belles conquêtes de la chirurgie, puisque de l'étude de 100 opérés revus de 1 à 19 ans après l'opération, nous avons pu établir qu'elle donne, entre des mains expérimentées, une proportion de résultats satisfaisants de 91,2 % pour les cholécystites lithiasiques, de 85 % pour les cholécystites simples.

2° Les accidents sérieux ou graves, ceux pour lesquels peut se poser la question d'une réintervention sont très rares après cette opération. La lithiase secondaire du cholédoque (1,2 %) de même que les crises douloureuses avec ictère (1,2 %) sont exceptionnelles et semblent surtout se voir, d'après notre série, dans les suites éloignées des opérés pour cholécystite aiguë suppurée.

Les troubles digestifs liés à des adhérences plus ou moins serrées sont un peu moins rares. Ils semblent un peu plus fréquents dans les suites des opérés pour cholécystite chronique non lithiasique (10 %) que dans celles des opérés pour cholécystite chronique lithiasique (3,7 %).

Qu'il s'agisse ou non de lithiase, ces troubles semblent l'apanage des cholécystites chroniques. Ces adhérences sont toujours en rapport avec des adhérences antérieures existant à l'opération première. Il est possible qu'il faille incriminer parfois un ulcus duodénal méconnu pour en expliquer la reproduction et l'exagération.

3° Si les accidents sérieux ou graves sont rares dans les suites de cette opération, la persistance de troubles légers est fréquente et l'on ne peut pas ne pas tenir compte de ceux-ci dans l'appréciation exacte de la qualité de la guérison. Ces troubles légers sont de modalités très variables, digestifs ou douloureux. Les douleurs sont le plus souvent discontinues, plus fréquemment du type hépatique que du type pancréatique. Elles surviennent parfois sous forme de crises de colique sans ictère ; elles peuvent être alors accompagnées d'un léger mouvement fébrile dans certains cas. Mais comme intensité et comme durée elles sont toujours très différentes des crises antérieures. Tous ces troubles paraissent sans gravité aucune et n'empêchent pas le malade de mener une vie quasi-normale. Ils ne paraissent avoir aucune tendance à s'aggraver, mais bien à s'atténuer avec le temps chez beaucoup d'opérés. Ces accidents paraissent enfin tous relever d'une absence ou d'une insuffisance de soins médicaux.

4° Ces troubles légers peuvent se rencontrer avec les mêmes modalités cliniques chez les lithiasiques avérés et chez les non-lithiasiques. Ils semblent pourtant beaucoup plus fréquents chez les premiers que chez les derniers.

Si la pathogénie des troubles graves est bien connue, celle des troubles légers est plus difficile à établir. Il semble que chez certains malades on puisse expliquer certains retours douloureux par la persistance d'un état inflammatoire chronique de la voie principale avec ou sans pancréatite légère. En tout cas les adhérences ne paraissent qu'exceptionnellement les conditionner.

Qu'il s'agisse de troubles douloureux ou digestifs, le facteur terrain, autant que permette de l'apprécier la cholestérinémie, semble jouer un rôle important dans leur persistance chez les lithiasiques après l'opération ; parmi ces derniers et chez tous ceux qui présentent encore de pareils troubles, on trouve, en effet, une hypercholestérinémie notable à 2 gr. ou au-dessus dans 83,3 % des cas.

5° Si l'on tient compte scrupuleusement de ces troubles légers dans l'appréciation exacte de la guérison, on peut dire que :

a) La cholécystectomie pour lithiasie vésiculaire donne cliniquement 52 % de guérisons absolument parfaites, qui se maintiennent avec les années, en dépit de l'absence de régime le plus souvent. Les malades de ce groupe sont aussi complètement guéris que peut l'être après l'intervention un malade opéré d'appendicite.

La cholestérinémie chez de pareils opérés se montre normale dans 83,4 % des cas. A ne tenir compte que des réactions biologiques, on pourrait donc admettre que les malades entièrement et définitivement guéris répondent à 43,3 % du chiffre des opérés.

Ces sujets semblent bien pour leur part justifier la conception de l'origine purement infectieuse de certaines lithiasés vésiculaires, au même titre qu'ils apportent confirmation de ce fait que, lorsque cholécystite il y a, c'est bien, de tout l'arbre biliaire, parfois à la seule vésicule, que pratiquement s'est limitée l'infection.

b) La cholécystectomie pour cholécystite simple non lithiasique donne 60 % de guérisons parfaites. Les plus mauvais résultats dans ces formes semblent répondre aux cas de cholécystite légère sans péricholécystite.

6° Il n'y a pas d'opération qui nécessite davantage la collaboration médico-chirurgicale. C'est parce qu'on néglige trop souvent les soins médicaux chez les malades que l'on observe encore une proportion importante de troubles légers dans les suites de cette intervention. Cependant, il n'est pas nécessaire de mettre systématiquement au traitement médical tous ces opérés ; le nombre assez considérable de malades complètement et parfaitement guéris, justifie cette façon de voir. La recherche de la cholestérinémie pourrait être chez les lithiasiques un critérium précieux après l'opération pour juger de l'opportunité d'un régime ou d'une médication.

7° Les réinterventions sont très rares. Les réinterventions pour calcul du cholédoque tendent à devenir en particulier tout à fait exceptionnelles, avec les progrès de la technique. Les réinterventions pour adhérences ont montré qu'il valait mieux préférer les opérations conservatrices (en-

téro-anastomoses, gastro-entérostomie) aux opérations d'exérèse ; qu'en tous cas il ne fallait pas, en raison des difficultés opératoires d'une part, des chances de reproduction de ces adhérences de l'autre, en tenter la libération simple.

Vu le Doyen,

ROGER... HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNSPERGER. — Dauererfolge und rezidive nach gallen stein operationem (*Münchn. med. Woch.* 1912, LIX, p. 6-8.)
- BACHY (G.). — De la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire. Indications et résultats. (Th. Paris 1912-13.)
- BACHRACH. — Ueber die Resultate der operationen an den Gallen wegen. (*Mediz. Klin. W.*, 1908, n° 29, p. 633.)
- BARLING (G.). — Note sur une série de 100 opérations pour calculs biliaires en clientèle, avec remarques particulières sur les récidives. (*British journal of surgery*, octobre 1921.)
- BOTTOMLEY. — The question of drainage in cholécystectomie. (*Boston M. X. S. J.* 1920, CLXXXIII, 232.)
- BREWER (G. E.). — Récidive de lithiase du cholédoque ou de l'hépatique après cholécystectomie. (*Arch. of surgery*, 1921, t. II, n° 1, p. 145-153.)
- BUCHANAN. — End results of a serie of 300 operations on the gall-blader. (*Tr. Am. surg. Ass.*, Phila. 1915, XXXIII, 316-332.) id. (*Surg. Gynéc., obs.*, Chicago 1915, XXI, 499-505.)
- CASTAIGNE. — Persistance des crises douloureuses après les interventions chirurgicales pratiquées pour cholécystite calculuse. (*Journal méd. français*, Paris 1914, VII, 160-164.)
- CHAUFFARD (A.). — *Leçons sur la lithiase biliaire.* (Masson, Paris 1914, 8°).
- CHAUFFARD (A.) GUY LAROCHE et A. GRIGAUT. — 1. La cholestérinémie à l'état normal et pathologique (*Annales de médecine* 1920, T. VIII, n° 2, p. 69).

2.) Le cyclé de la cholestérine dans l'organisme. (*Ann. de Méd.* 1920, T. VIII, n° 3, p. 149).

3.) Les dépôts locaux de cholestérine. Rapports entre la cholestérine circulante et la cholestérine fixée. (*Ann. de Méd.* 1920, T. VIII, n° 5, p. 321).

CLARK (J. G.). — Ultimate results secured from surgical intervention in simple cases of cholelithiasis and in cholelithiasis discovered during operations for other conditions. (*Johns Hopkins-Hosp. Bull. Bal.*, 1915, XXVII, 196-201).

Ultimate results from surgical intervention in simple cases in which gallstones were found coincident with some operations (*Am. J. obsv. N. Y.* 1914, LXX, 49-55). id. *Boston M. et S. J.* 1914, CLXXI 527-529. id. *Tr. Am. gynec. Soc. Phila.* 1914 XXXIX, 320-367. id. *Am. J. M. Sc. Phila.* 1914, CXLVIII, 625-660.

DEAVER (J. B.). — Recurrence of symptoms after operations for gallstone disease. *Illinois M. J. Chicago* 1916, XXIX, 419-26. Operation and reoperation for gallstone disease (*Journal of the American med. Ass.*, 17 avril 1920).

DELORE et COTTE. — Remarques sur l'excrétion de la bile à l'état normal et après la cholécystectomie. (*Rev. de Chir.*, Paris 1911 XLIV, 33-47).

DURAND. — Cholécystectomie sous-séreuse en 1904. Autopsie en 1911 (*Lyon Médical* 1913 CXX, 24-26).

EHRHARDT. — Zur Actiologie der Recidive und Pseudorecidive nach gallenstein operationen. *D. M. W.* 1907, p. 144.

EISENDRATH. — Recurrence after operations on the biliary passages. (*J. Am. M. Ass. Chicago* 1917, p. 1752-1759). Why do we have recurrence after operations on the biliary tract ? (*Illinois M. J., Chicago* 1917, XXXII 272-277).

EISENDRATH et DUNLAVY. — The fate of the cystic duct after cholécystectomy and experimental study. (*Surg. Gynec. et Obst.*, Chicago 1918, XXVI, 110-112).

EXNER (A.). — Die Indikations stellung und die Erfolge der Chi-

- rurgischen Behandlung bei cholelithiasis. (*Centralblatt f. d. Grenzgeb. d. med. u. Chir.*, Iéna 1912, XV, 59-89).
- FINNEY (J. M. T.). — A study of some of the unsatisfactory results following operations upon the biliary tract. (*Canada Lancet*, Toronto, 1913-14. XLVII, 892-909).
- FINK. — Meine Erfahrungen und Resultate mit der operativen Behandlung des gallensteinleidens. (*Wiener Mediz. Woch* 1908 t. LVIII, n° 51).
- FLANDIN (Charles). — *Pathogénie de la lithiase biliaire*. (Th. Paris 1912).
- FLÖRKEN. — Gallenblasen Regeneration mit stein rezidiv nach cholecystectomie. *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, Leipzig 1912. CXII, p. 604 à 605).
Das Fadenrecidiv nach gallenstein operationen (*Deutsche zeitschfrit f. chir.* 1908, t. XCII, f. 3., p. 413).
- GRAFF et WEINERT (A.). — Warum bleiben nach extirpation der gallenblase so häufige Beschwerden zurück ? (*Beitr. z. Klin. Chir. Tübing*, 1914, XVII, 339-358).
- GRIGAUT (A.). — *Le cycle de la cholestérinémie*. (Thèse Paris 1913).
- Mc GUIRE. — Two hundred fifty operations on the gall bladder and ducts (*Surg. Gynec. et obst.*, Chicago 1920, XXXI, 617-621).
- HÄRTING. — Ueber symptomatologie und therapie der gallens teinerkrankungen operativ entfernter gallenblasen. (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 1911, XLVIII, 147).
- HARTMANN. — *Traitement des calculs biliaires*, *Presse Médicale*, 1908.
- HAUTEFORT (L.). — *Vésicule biliaire et lithiase. Choix d'un procédé opératoire dans la lithiase vésiculaire*. (Thèse Paris, 1909).
- HERNETTE (J.). — Sur les résultats immédiats et éloignés de la cholécystotomie et de la cholécystectomie (Thèse Paris 1907).

- HOMANS (J.). — Results of cholecystectomy with particular reference to dilatation of the common duct. (*Boston Médic. et Surg. Journal*, 1920, p. 283).
- JACOBSON. — Gallbladder disease. A statistical study. (*Arch. of surgery*, Chicago, 1921, 310-335).
- The prevention of the recurrence of symptoms following operations for gallstones. (*Am. J. Obst.*, N. Y. 1919, p. 32-38, discussion 140-143).
- JUDD (E. S.). — 1. The recurrence of symptoms following operations on the biliary tracts. (*Ann. Surg.*, Philadelphia 1918, LXVII, 473-488).
2. Changes produced by the removal of the gallbladder (*Boston M. et Surgical Journ.* 1916, CLXXIV, 815-825).
- JUDD et MAN. — The effect of removal of the gallbladder, an experimental study (*Surg.ynec. et Obst.*, Chicago 1917, 437-442).
- KADYAN. — Relapse of biliary lithiasis after removal of the gall bladder. (*Russk. Vrach*, Petrograd 1916, XV, 148-169).
- KEHR. — 1. Rückblick auf 2000 operationen an den gallenwegen, eine gegenüberstellung der Erfolge des ersten und zweiten tausend. (*Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berl. 1913, XIII, 1 Teil, 273-288).
2. Zwei tausend operationen an den gallenwegen. (*Deutsche Med. Wochenschr.*, Leipzig, u. Berlin 1913, XXXIX, p. 775).
3. Wie Können wir Rezidive nach gallenstein operationen vermeiden und einschränken ? (*München. Med. Wochenschrift*, 1911, LVIII (2425-2506- (2615)).
4. 20 Jahre Gallensteinchirurgie, ein Kurzer Rückblick auf 1600 opérationen (München, Med. Wochenschrift, t. LVII., 1910, N° 38, p. 1986).
5. Welche Erfolge hat bisher das messer des Chirurgen bei der Behandlung der Cholelithiasis erzielt ? (*München, Mediz. Woch.* 1908, n° 40, 6 octobre).
6. *Technik der gallenstein. Operationen*, München 1905.

- KÖRTE. — 1. Weitere Erfahrungen über operationen an den gallenwegen (*Arch. f. klin. Chir.* 1909, t. LXXXIV, p. 692).
2. Beiträge zur chirurgie der gallenwegen und der Leber; Berlin 1905.
- LECÈNE (P.). — Ce que nous a appris la chirurgie de la vésicule biliaire. (*Journal Médic. Français*, 1914, n° 4, p. 165).
- LEJARS. — Des résultats immédiats et éloignés de l'intervention chirurgicale dans les cholécystites calculeuses (13^e Congrès français de chirurgie, 1899, p. 436).
- MAC CARTHY et CORKÉRY. — Early lesions in the gall-bladder. Mayo Clinic., Philad. 1920, T. XI, p. 108.
- MICHAUX. — Résultats éloignés de la cholécystectomie (6^e congrès fr. de chir., 22 avril 1892, p. 172).
- MAYO C. — Cholecystectomy, *Mayo Clinic*, 1920, XII, 119.
- MUNROË. — Surgery of the bile passages with special references to the End. Results. (*Bost. Med. and. surg. Journ.* 1909, t. CLX, n° 13, 25 mars, p. 359).
- MURPHY. — Chronic cholecystitis pancreatic lymphangitis. (*Surg. Clin.*, Chicago 1916, V, 397-400).
- PINNER (Hans.). — Ueber Dauerheilungen und Rezidive nach gallenstein-operationen. (Heidelberg, Berl. 1912).
- PRESNO Y BASTIONY (J. A.). — Resultados lejanos de intervenciones sobre las vias biliares. (*Rev. de med. y cirurg. de la Habana* 1918, XXIII, 439-448).
- RHODES. — Observation of 133 cases of gallbladder surgery with especial reference to the postoperativ treatment. (*Surg. gynec. et obst.*, Chicago 1916, XXIII, 399-401).
- ROST. — Zur funktionellen Bedeutung der gallenblase. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1913, T 1592) (surtout : *Mitt. an der grenz gebiete der med. und Chir.*, Iéna 1913, XXVI, 710-770.)
- ROTH. — Operation upon the gallbladder and bile ducts. A report of cases. (*International J. surg.*, N. Y., 1913, XXVI, 2-8.)
- SCHULTZE (PAUL-WALTHER). — Ueber die in der letzten 5 Jahren

- in der klinik des Herrn von Braman ausgeführten gallenblasen operationen und ihre erfolge. (Halle 1911).
- SCHULZ (J.). — Ein Beitrag zur Gallenstein Chirurgie. (*Beiträge zur klin. Chir.* Tübingen 1914, XCII, 359-388).
- SHORT (A. R.). — The end results of cases operated on for gallstones. (*Bristol M. and Surg. Journ.* 1913, XXXI, 34-40).
- SPECHT. — Zur Frage über die Neubildung der Gallenblase nach Zystektomie. (*Deutsche Med. Wochenschr.* Leipz. u. Berl., 1921, XLVII, 203.)
- STANTON. — End results in Gallbladder surgery. (*J. Am. M. Ass.* Chicago, 1911, LVII, 441-444.)
- TERRIER. — 1.) Quelques résultats immédiats et éloignés d'opérations pratiquées sur les voies biliaires. (*Revue de Chirurgie*, 1892, t. XII, p. 553.)
- 2.) Des opérations chirurgicales sur les voies biliaires. Résultats immédiats et éloignés. (6^e Congrès franç. de Chirurg., 23 avril 1892, p. 121-146.)
- TORRANCE (C.). — Cholecystectomy with a report of sixty five cases operated on for Gallbladder disease, (*Am. J. surg.*, N. Y., 1917, XXXI, 323.)
- WILENSKY (A. O.) et ROTHCHILD (M. A.). — Studies in cholelithiasis. The immediate effect of the various types of operations upon the cholesterinemia. (*Am. J. M. Sc.*, Phila., 1918, CLVI, 564-574).
-

